E

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 98

Travail de la Clinique Obstétricale du Professeur Vallois

L'Accouchement Prématuré Provoqué

A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE MONTPELLIER DE 1906 à 1924

SES RÉSULTATS, SES INDICATIONS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1924

PAR

Georges VILLA

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
EXTERNE DES HOPITAUX (CONCOURS 1920)
INTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (CONCOURS 1922)
MONITEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE (1920-19 4)
PRIX SWIECICKI (1924
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

Né à St-Georges-d'Orques (Hérault), le 15 juillet 893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	VALLOIS, professeur, *Président*	
	DE ROUVILLE, professeur.	*Assesseurs.*
	P. DELMAS, professeur.	
	LAPEYRE, agrégé.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1924

L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ

à la Clinique Obstétricale de Montpellier, de 1906 à 1924

SES RÉSULTATS, SES INDICATIONS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 98

Travail de la Clinique Obstétricale du Professeur Vallois

L'Accouchement Prématuré Provoqué

A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE MONTPELLIER DE 1906 à 1924

SES RÉSULTATS, SES INDICATIONS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1924

PAR

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Georges VILLA

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
EXTERNE DES HOPITAUX (CONCOURS 1920)
INTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (CONCOURS 1922)
MONITEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE (1920-1924)
PRIX SWIECICKI (1924)
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

Né à St-Georges-d'Orques (Hérault), le 15 juillet 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	VALLOIS, professeur, *Président*.	
	DE ROUVILLE, professeur.	*Assesseurs.*
	P. DELMAS, professeur.	
	LAPEYRE, agrégé.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1924

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	E. HEDON.
Chimie biologique et et médicale	DERRIEN.
Physique médicale	PECH.
Botanique et histoire naturelles médicales	N...
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie médicale et clinique propédeutique.	RIMBAUD.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Clinique médicale	DUCAMP. VEDEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE, *assesseur.* ESTOR.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, *doyen.*
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MASSABUAU.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Accouchements (ch. de c.)	P. DELMAS.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET

Professeurs Honoraires:

MM. RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET et GRANEL

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Clinique propépeudique de chirurgie	RICHE.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	L. HEDON.
Chimie appliquée à la clinique	FLORENCE.
Médecine opératoire	N...
Pathologie externe	ETIENNE.
Pathologie chirurgicale et expérimentale	LAPEYRE.
Accouchements	P. DELMAS, prof.
Pathologie médicale	CARRIEU.
Histoire naturelle médicale	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Hydrologie et climatologie	GIRAUD.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	MARGAROT.
Clinique des maladies des vieillards	BOUDET.
Stomatologie	Dr WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. MARGAROT. GIRAUD. BOUDET. CARRIEU.	Anatomie	J. DELMAS.
		Chimie	FLORENCE.
		Histologie	TURCHINI.
		Histoire natu.	GALAVIELLE. CABANNES.
Chirurgie	MM. RICHE. ETIENNE. LAPEYRE.	Physique	LAMARQUE.
		Physiologie	L. HEDON.
Ophtalmologie	VILLARD.		

Examinateurs de la thèse:

MM. VALLOIS, prof., *Président.* | DELMAS (P.), professeur.
De ROUVILLE, professeur. | LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et que le n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Trop humble et trop faible témoignage de reconnaissance pour toute l'affection qu'ils m'ont prodigué. Je leur dois d'être ce que je suis.

A MA SŒUR

que j'assure pour toujours de ma fidèle tendresse et de tout mon dévouement fraternel.

A MA TANTE

G. VILLA.

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A L'INTERNAT

A TOUS CEUX QUE J'AIME

G. VILLA.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TEDENAT

Son autorité domine et guide toute ma vie médicale. Je dois à sa science clinique les leçons qui m'ont instruit et conquis chaque jour; à sa rude mais chaude bonté les soins affectueux inlassablement prodigués à tous les miens et à moi-même; à sa profonde honnêteté, l'exemple d'une carrière toute droite.

Pourrais-je ne pas lui garder un sentiment de gratitude sans borne?

G. VILLA.

AVANT-PROPOS

En acceptant la présidence de notre jury de thèse, M. le Professeur Vallois nous donne une nouvelle preuve de cette bienveillance qui nous a si souvent touché. Interne à la Clinique Obstétricale, nous avons écouté les avis de sa compétence professionnelle et recueilli le fruit de son expérience clinique et scientifique; nous avons médité ses enseignements et surtout un des plus fertiles de tous: le grand exemple de loyauté et de conscience qui se dégage de sa vie entière.

Encouragé par lui, aidé par ses collaborateurs et élèves, nous nous sommes laissé intéresser, puis retenir par la pratique obstétricale, et, au moment de terminer, par un travail approfondi notre vie d'étudiant, c'est d'eux que nous avons désiré en recevoir le sujet. Le patronage qu'ils ont bien voulu nous accorder est le meilleur garant que puisse revendiquer notre thèse. A la Clinique obstétricale, en effet, on apprend cette exactitude rigoureuse qui est l'honneur de la science; on comprend qu'il n'est d'œuvre utile que basée sur la probité, on s'habitue à n'apporter aux débats qu'un exposé sans passion des résultats acquis, décevants ou encourageants. Notre travail s'est efforcé d'être fidèle à ces principes.

M. le Professeur de Rouville sait, depuis longtemps, le profit que nous avons tiré de son enseignement. Nous avons suivi attentivement ses examens de malades, nous

l'avons souvent assisté dans sa pratique chirurgicale. Sa présence parmi nos juges, nous ne saurions l'oublier, est un hommage à une vieille amitié en même temps que, pour nous-même, un geste de haute bienveillance.

Remercier M. le Professeur Delmas, c'est-à-dire la part qu'il a prise à notre formation, et aussi la part qui lui revient dans la présentation et dans l'élaboration de notre thèse. Ses conseils avisés, son souci d'élégance et de clarté dans la discussion des faits cliniques comme dans l'enseignement de la pathologie, nous ont aidé toujours et ont grandement facilité notre tache présente.

M. le Professeur agrégé Lapeyre, en souvenir des précieuses conférences d'internat, a bien voulu, lui aussi être notre juge. Nous ne pouvons oublier l'amitié avec laquelle il nous a entraîné au labeur soutenu d'une préparation difficile qui lui a acquis notre dévouement et notre gratitude. L'évocation de ces longues semaines de travail ne peut se faire en notre esprit sans que viennent aussitôt sous notre plume les noms de M. le Professeur Euzière et de M. le Professeur agrégé Margarot; nos réunions de travail, chez chacun d'eux, étaient si cordiales qu'au profit de leurs conseils s'ajoutait celui d'une bienfaisante détente.

En se rappelant les nombreuses années vécues dans les hôpitaux, notre pensée se reporte, avec reconnaissance, vers tous ceux près de qui nous avons travaillé; nous avons séjourné pendant plus d'un an d'externat dans le service de M. le Professeur Tédenat, pendant près de cinq ans d'internat dans les salles de M. le Médecin principal Vallet, de MM. les Professeurs de Rouville, Gaussel, Leenhardt, Vallois, Ducamp, Estor et Forgue. Le souvenir de ces longues années d'étude est assez fort pour persister indéfiniment fidèle et vivace.

Comment ne pas unir, dans cette même pensée recon-

naissante, à ceux à qui je dois tout ce que je sais, la sage-femme en chef de la Maternité, Mlle J. Bazin? Serviable pour tous les élèves, secourable surtout aux jeunes internes, par l'assistance toujours délicate de son expérience, c'est une joie pour nous de pouvoir lui exprimer un attachement déférent et dévoué.

Nous voulons enfin inscrire ici avec reconnaissance les noms de Cathala et Vinon, anciens internes des hôpitaux, qui nous ont fait bénéficier de leur camaraderie cordiale et de leur affectueuse protection d'aînés.

L'ACCOUCHEMENT PREMATURÉ PROVOQUE

de la Clinique Obstétricale de Montpellier

de 1906 à 1921

SES RÉSULTATS, SES INDICATIONS

INTRODUCTION

La thérapeutique des bassins viciés a évolué avec le progrès de l'asepsie vers une tendance de plus en plus chirurgicale; c'est ainsi que la symphyséotomie, puis la pubiotomie ont succédé à l'accouchement prématuré provoqué. Enfin, avec juste raison, devant la gravité des suites opératoires, l'opération césarienne a pris la place prépondérante, et c'est à peu près la seule intervention sanglante aujourd'hui pratiquée. Cependant, le plus grand éclectisme doit être demandé à tous les obstétriciens, car, quelle que soit la méthode en vigueur, si elle est unique, si, erreur trop souvent commise elle est appliquée sans réserves aux cas les plus divers, elle va au-devant d'une réaction inverse. Ainsi, conformément à la loi du mouvement pendulaire, s'expliquent les phases successives d'enthousiasme et de défaveur par lesquelles sont passées toutes les méthodes thérapeutiques.

A notre avis il serait erronné, aujourd'hui, de n'admettre dans la dystocie pelvienne que des bassins chirurgicaux. Il existe encore, en empruntant les termes de la

classification toute récente, des bassins obstétricaux. Ce sont ceux qui, par des moyens inoffensifs pour la mère, donnent des enfants vivants de bonne constitution. Ce sont ceux aussi qui permettent, question primordiale au point de vue social, des grossesses multiples, sans que la mère puisse redouter l'intervention chirurgicale avec ses quelques aléas. Ce sont ceux qui permettent, enfin, des gestations dans un utérus dont l'intégrité musculaire est parfaite et où on n'a pas à redouter, comme cela a été maintes fois signalé, des ruptures utérines au niveau de la cicatrice de l'hystérotomie.

A la Clinique obstétricale de Montpellier il n'est pratiqué aucune thérapeutique exclusive; tout est subordonné aux dimensions de l'enfant, à celles du bassin et aux résultats des accouchements antérieurs. C'est ainsi que si dans notre travail nous rapportons 100 observations d'accouchements prématurés provoqués, pratiqués de 1906 au 1er janvier 1924, il est juste de signaler que, dans la même période, 47 opérations césariennes ont également donné des résultats heureux pour la mère et pour l'enfant.

Donc, ce n'est ni à plaider pour l'accouchement prématuré provoqué, ni à requérir contre l'opération césarienne que tend notre travail; mais, à notre tour, nous voudrions montrer par nos résultats, comme cela a été déjà fait à Bordeaux, à Toulouse, à Lyon, que l'accouchement prématuré provoqué est une méthode qui doit encore avoir rang dans la thérapeutique des bassins dystociques, ceci à la condition formelle d'en poser les indications.

Le plan de cette étude a été établi de la manière suivante: tout d'abord nous montrons dans un historique rapide les fortunes très diverses qu'a obtenu l'accouche-

ment prématuré provoqué, dans le cours du siècle dernier. Violemment critiqué au début, il fut ensuite appliqué avec enthousiasme et sans mesure aux cas les plus variés. Devant les désastres constatés, des esprits éclairés, des obstétriciens de valeur firent immédiatement volte face, et condamnèrent, d'une façon absolue, la méthode, dont ils avaient été trop zélés partisans. Depuis lors, cependant, elle semble progressivement revenir en faveur.

Le deuxième chapitre aborde l'étude clinique subdivisée en deux parties :

1° Les observations relevées dans les registres de la Clinique obstétricale de 1906 à 1924.

2° La technique de l'accouchement prématuré provoqué, à Montpellier.

Nous n'avons relevé, dans les observations, que les renseignements pouvant être utiles au troisième chapitre de ce travail : les résultats relatifs à la mère et à l'enfant.

1° *Pour la mère :*

a) L'accouchement, sa durée, sa marche, sa terminaison ;

b) Les suites de couches, la mortalité, la morbité.

2° *Pour l'enfant :*

A) Résultats immédiats ; pourcentage de mortalité ;

a) A la naissance ;

b) A la sortie de la clinique obstétricale.

B) Les résultats éloignés.

Nous établissons ensuite une comparaison entre les résultats obtenus chez les mêmes multipares, par la pro-

vocation de l'accouchement d'une part, et par les accouchements spontanés à terme d'autre part.

Il nous semble, enfin, permis de déduire de tous ces résultats et de cette comparaison, les indications de l'accouchement prématuré provoqué, ce qui constitue le quatrième et dernier chapitre.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

VELPEAU écrivait: « Si certaines femmes, assez mal heureuses, pour ne mettre au monde que des enfants morts, par suite d'une augustie pelvienne, finissent par accoucher sans secours d'un fœtus vivant, cela tient ordinairement à ce que, pour cette fois, l'enfant vient avant terme, ou s'est moins développé que de coutume. L'accouchement prématuré artificiel n'est donc qu'une imitation de la nature. »

En effet, si, normalement, le projectile fœtal présente des dimensions qui s'accomodent de celles du canal dans lequel il va passer: filière pelvienne d'abord, vulvo-périnéale ensuite, il est des cas où, soit par rétrécissement de la lumière du canal, soit par augmentation de volume du projectile, le passage est impossible. Les dimensions du canal étant immuables pour une même personne, celles du projectile allant progressivement croissant jusqu'à terme, il existe une période pendant laquelle il peut y avoir accomodation. C'est à ce moment qu'il faut essayer de favoriser le passage en provoquant l'accouchement.

L'idée est déjà très ancienne et, sans nous attarder à refaire un historique détaillé de la question, remarquablement exposé, d'ailleurs, dans les thèses de DESNOUES (Thèse de Paris, 1911), et BONNET (Thèse de Montpellier, 1912), il nous paraît cependant indispensable d'es-

quisser les diverses phases de faveur et de discrédit par lesquelles l'accouchement provoqué a passé.

Au XVI[e] siècle, les auteurs qui, dans le cas de bassin rétréci, en étaient réduits à pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant, cherchent à mettre en jeu, précocement, la contraction utérine par dilatation du col. C'est l'accouchement forcé. PUZOS, promoteur de ces idées, a essayé de leur donner un vaste champ d'expérience, mais il s'est heurté, à cette époque, à des susceptibilités morales et religieuses qui font que la véritable histoire de l'accouchement prématuré provoqué ne débute qu'en 1756, en Angleterre, avec MACAULNAY, KELLY, MERRIMANN, MARSHAL, CLARKE, etc...

Dès lors, nous entrons dans la première phase de son histoire. Il commence à prendre place parmi les méthodes de thérapeutique des dystocies par viciations pelviennes. Son extension est progressive, rapide, et BARLOW, en 1768, proclame qu'il faut substituer l'accouchement provoqué « dans tous les cas », à l'opération Sigaultienne et à la césarienne, dont les résultats, à cette époque, étaient désastreux.

De l'Angleterre, l'idée passe en Allemagne, où REISSINGER s'en fait l'ardent défenseur. Rayonnant de là, elle s'infiltre en Hollande, en Suisse, en Italie, où elle connaît une ère de prospérité entre les mains de LOVATI, BILLI, FERRARIO.

Tandis qu'à l'étranger cette thérapeutique prend de plus en plus d'importance, en France, au contraire, persiste une opposition passionnée. BAUDELOCQUE la condamne, en 1781. COSTA pose vainement la question à l'Académie de Médecine, en s'appuyant sur les déclarations de FODERÉ (1). Enfin, en 1830, STOLZ, de Stras-

(1) FODERÉ. Traité de Médecine légale et d'Hygiène.

bourg, inspire à BURCKARD *sa* thèse sur ce sujet. Sous cette impulsion, la méthode trouve progressivement de nombreux partisans, et nous entrons dans la deuxième phase de l'histoire de l'Accouchement prématuré provoqué. C'est la période de son plein développement, de son apogée, période très longue, d'ailleurs, pendant laquelle tous les efforts, tous les travaux tendent à mettre au point le traitement idéal de la dystocie pelvienne. De nombreuses publications paraissent: STOLZ « Mémoire et observation sur la provocation de l'accouchement prématuré dans le cas de rétrécissement du bassin »; P. DUBOIS « Dans les différents cas de viciation pelvienne que convient-il de faire? »

D'autre part, on essaye de perfectionner la technique de cette méthode qui se réduisait alors à la ponction de l'œuf ou au décollement de son pôle inférieur. KIEWISCH préconise la douche. KRAUSE est partisan de l'introduction de la bougie qui porte son nom. TARNIER invente le ballon que BARNES, puis CHAMPETIER DE RIBES modifient.

Cependant, comme la méthode était appliquée aux cas les plus divers, elle alla forcément au-devant d'une réaction qui ne tarda pas à se manifester, surtout au fur et mesure que les progrès de l'antisepsie donnaient un champ d'expérience plus vaste à la symphyséotomie et à l'opération césarienne. L'accouchement prématuré provoqué perdait du terrain, et le voici arrivé à la dernière période de son histoire: la phase de déclin.

M. PINARD, autrefois ardent défenseur, fait brusquement volte-face et, converti par SPINELLI, élève de MORISANI, limite tout d'abord, avec FARABEUF et VARNIER, ses indications dans une leçon clinique publiée dans les *Annales de Gynécologie et Ostétrique*, et puis, enfin, la

condamne définitivement à la Société Obstétricale de France, en 1893, en s'exprimant ainsi : « J'ai abandonné l'accouchement provoqué parce que j'ai fait naître trop de fois des enfants non viables, parce que, dans d'autres circonstances, j'intervenais trop tard, parce qu'enfin, point sur lequel j'attire votre attention ; les travaux les plus récents de neuro-pathologistes démontrent qu'un enfant né avant terme, difficilement, est bien plus qu'un autre candidat aux diplégies cérébrales ».

Depuis lors, les tendances ont été de plus en plus chirurgicales. Avec BAR, la césarienne fait des progrès, la symphyséotomie cède le pas à la pubiotomie et, en 1907, il semblerait que l'accouchement prématuré provoqué n'a plus sa raison d'être, si l'on s'en rapporte aux conclusions du professeur PINARD, publiées dans les *Annales de Gynécologie et Obstétrique* ».

Cependant, la défaveur rapide dans laquelle venait de tomber l'accouchement prématuré provoqué devait entraîner une réaction de la part de plusieurs Ecoles françaises et étrangères qui, malgré leur orientation vers une thérapeutique chirurgicale dans le cas de bassins viciés, n'avaient pas cru devoir renoncer définitivement à la provocation de l'accouchement.

En février 1912, BOGGER JOGGERSEN publiait, dans l'*Obstétrique* : « Sur l'accouchement prématuré provoqué », les statistiques de la clinique de Lund. On a limité les indications de l'intervention aux bassins de 8 cent. 5 de promonto-pubien minimum.

En 1913, VAN CAUWENBERGHE, de Gand, se déclare, malgré les progrès de la césarienne, partisan de l'accouchement provoqué, à condition de ne pas le pratiquer avant le huitième mois un quart environ.

En 1919, en Amérique, SCHUMANN, COLLIN FOULKROD lui conservent ses indications.

En France, à Bordeaux, en 1920, ANDERODIAS, dans une communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, MARC RIVIÈRE, dans sa thèse inaugurale, estiment que la méthode ne doit pas être abandonnée, mais font des réserves sur les indications.

A Lyon, en 1920, DE LAGENEST, dans sa thèse inaugurale, aidé de statistique, conclut que l'accouchement artificiel avant terme dans les pelvis anormaux ne mérite pas la défaveur dans laquelle il est tombé dans certains milieux obstétricaux.

Enfin, RHENTER, en 1922, dans une communication à la Société Obstétrique et de Gynécologie, résumant les interventions pratiquées à Lyon, pour bassins dystociques, pense que si la thérapeutique chirurgicale en est la thérapeutique idéale, « l'accouchement prématuré provoqué est une ressource à laquelle il est parfaitement légitime de recourir, tant dans l'intérêt des enfants que dans celui des mères et de leur avenir obstétrical ultérieur ».

CHAPITRE II

PREMIÈRE PARTIE

Documents Cliniques

OBSERVATION I

Année 1906-1907.

N° 142. — I. L..., secondigeste, ayant eu un premier accouchement à terme, enfant mort, extrait par version.

Dernières règles: 26-29 juillet 1906.

Examen du bassin: D. Promonto-sous-pubien, 10 cent.

Examen de la présentation: sommet mobile en O I D T.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/4.

Les premières contractions apparaissent deux heures après la pose de la deuxième bougie, mise 24 h. après l'introduction de la première.

Durée de l'accouchement: 35 heures.

Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant en bonne santé en 1921. Aucun renseignement depuis.

OBSERVATION II

N° 179. — I. C..., secondigeste. Premier accouchement à terme. Application de forceps. Enfant mort.

Dernières règles: 10-14 septembre 1906.

Bassin: diamètre promonto sous-pubien: 9,7; faux promontoires sacrés. D. Bi-crête: 24,5; bis-épineux: 22.

Présentation: sommet mobile en O I G T.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois. Les premières contractions apparaissent au bout de huit heures. Durée de l'accouchement: 24 heures. Terminaison opératoire: forceps au détroit supérieur, l'utérus étant rétracté.

Enfant de 2.100 gr., difficilement ranimé, mort quelques instants après. Suites de couches légèrement fébriles.

Observation III

N° 186. — E. A..., primigeste, présentant une insuffisance mitrale.

Dernières règles: 1er octobre, dernier jour.

Bassin: promontoire haut, saillant. Diamètre promonto-sous-pubien: 9,5; bis-épineux: 21,5; bi-crête: 22,5.

Présentation: sommet mobile en O I D T.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois. Les contractions apparaissent au bout de 6 heures.

Durée de l'accouchement: 64 heures. Terminaison spontanée. Enfant normal de 2.480 gr. Allaitement maternel.

Suite de couches physiologiques.

Actuellement: enfant âgé de 17 ans, apprenti tailleur à Marseille, de très bonne constitution. A été amputé de la jambe après accident. Très intelligent.

Observation IV

N° 198. — E. F..., Vgeste: 2 accouchements à terme; deux avec forceps. Enfants morts.

Dernières règles: début octobre.

Bassin: Promonto sous-pubien; 10,5 sacrum concave; bis-épineux: 22,5; bi-crête: 27,5.

Présentation: sommet mobile au-dessus du détroit supérieur en O I G T.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 3/4. Les premières contractions apparaissent au bout de 9 heures.

Durée de l'accouchement: 14 heures. Terminaison opératoire: Forceps.

Enfant normal: 2.950 gram., mort 8 jours après, d'abcès multiples au foie. Suites de couches physiologiques.

Observation V

N° 228. — Primigeste; les dernières règles datent du 16-19 novembre 1923.

Bassin: D P S P: 10,5, arc antérieur fortement cintré.

Présentation: sommet mobile en O I G T.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 3/4. Les contractions apparaissent au bout de 12 heures.

Durée de l'accouchement: 36 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant normal de 2.780 gr., pesant 3.900 gr. à sa sortie.

Actuellement, aucun renseignement sur l'enfant.

Année 1907-1908.

Observation VI

N° 11. — G. S..., IIIgeste. Deux grossesses à terme; une crânioclasie. Un enfant mort à la naissance.

Dernières règles: 26 février 1907.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien; 10 cent. sacrum concave.

Présentation: sommet mobile en position gauche.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/4. Il faut introduire deux bougies. Les premières contractions apparaissent tardivement.

Durée de l'accouchement: 4 jours. Terminaison opératoire. Dilatation manuelle. Version.

Enfant normal de 3.020 gr., pesant 3.400 gr. à sa sortie.

Suites de couches légèrement fébriles.

Aucun renseignement, actuellement, sur l'enfant.

Observation VII

N° 61. — Secondigeste. Un accouchement à terme; enfant n'a pu être ranimé.

Dernières règles: 29 avril.

Bassin: asymétrique. Diamètre promonto-sous-pubien, 10,5; ligne innominée droite redressée.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 3/4. Les contractions apparaissent au bout de 13 heures.

Durée de l'accouchement: 28 heures. Terminaison opératoire: version.

Enfant étonné, rapidement ranimé, pesant 2.980 gr. Suites de couches physiologiques.

Actuellement, aucun renseignement sur l'enfant.

Observation VIII

N° 78. — B. A..., primigeste, ayant eu ses dernières règles du 30 mai au 2 juin 1907.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien: 10,6; D. bis-épineux, 18,5; bi-crête, 22.

Présentation: sommet mobile en position droite.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois. Deux bougies sont nécessaires pour provoquer le travail qui apparaît au bout de onze heures.

Durée de l'accouchement: 39 heures. Terminaison spontanée.

Suites de couches physiologiques.

Enfant normal, pesant 3.140 gr. à la naissance; 3.500 gr. à sa sortie. A été nourri au sein.

Aucun renseignement actuellement sur l'enfant.

Observation IX

N° 108. — Primigeste. Dernières règles, le 23-26 avril.

Bassin: D P S P, 10,5; arc antérieur redressé. Bi-crête, 27; bis épineux, 25.

Présentation: sommet mobile en position droite.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 3/4. Les contractions apparaissent au bout de deux heures.

Durée de l'accouchement: 14 heures. Terminaison spontanée.

Enfant normal, de 2.250 gr., pesant 3.000 gr. à sa sortie. Nourri au sein. Suites de couches physiologiques.

Enfant d'intelligence moyenne, de constitution normale, le 24 mai 1924.

Observation X

N° 141. — S. M.., primigeste, ayant eu ses dernières règles le 28 juillet 1907.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien: 10,5, arc antérieur à courbure prononcée: bis-épineux, 21; bi-crête, 24.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. Les contractions apparaissent au bout de 15 heures.

Durée de l'accouchement: 30 heures. Terminaison spontanée.

Enfant étonné, facilement ranimé, pesant 2.900 gr. à la naissance, 3.100 gr. à sa sortie. Allaitement maternel.

Actuellement, aucun renseignement.

Observation XI

N° 109. G. M..., primigeste, ayant eu ses dernières règles au début de septembre.

Bassin: diamètre promonto sous-pubien: 10,2. Faux promontoires sacrés; D bis épineux, 22; D bi-crête, 24,5.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. Apparition des premières douleurs au bout de 15 heures.

Durée de l'accouchement: 100 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant normal, pesant 2.300 gr. à la naissance, 3.100 gr. à sa sortie.

Aucun renseignement actuellement.

Observation XII

N° 204. — G. A.., primigeste, ayant eu ses dernières règles du 20 au 25 septembre 1907.

Bassin: D P S P, 10. Faux promontoires sacres, arc antérieur, courbure peu prononcée; D bis-épineux, 26; bi-crête, 27 1/2.

Présentation: siège transformé en sommet, par version, par manœuvres externes.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. Apparition des premières douleurs, une heure après l'introduction de la bougie de Krause. Les membranes ont été rompues à l'introduction.

Durée de l'accouchement: 11 heures. Terminaison opératoire: version.

Enfant étonné, facilement ranimé, pesant 2.100 gr.; 2.400 gr. à sa sortie. Allaitement mixte.

Aucun renseignement actuellement.

Observation XIII

Année 1908-1909.

N° 39. — M. L... VIIIgeste. Trois avortements, quatre grossesses: un enfant mort-né, les trois autres peu après la naissance.

Dernières règles: 22-28 mai 1908.

Présentation d'un siège.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2. Apparition des premières douleurs au bout de 4 heures.

Durée de l'accouchement: 35 heures. Terminaison opératoire. Extraction d'un siège. Suites de couches physiologiques.

Enfant né en état de mort apparente, facilement ranimé, pesant 3.160 gr.; à sa sortie, 3.250 gr. Allaitement maternel.

Aucune réponse ne nous est parvenue au sujet de l'enfant.

Observation XIV

N° 70. R. M..., secondigeste. Un accouchement à terme, laborieux. Enfant mort à 13 jours.

Dernières règles: 18 octobre; présente un bassin de D P S P : 10.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2. Apparition des premières douleurs au bout de 4 heures.

Durée de l'accouchement: 12 heures. Terminaison opératoire: extraction d'un siège. Suites de couches physiologiques.

Enfant normal, de 2.550 gr., nourri au sein; aucun renseignement actuellement.

Observation XV

N° 192. — A. R... Vgeste. Quatre accouchements: trois à terme; trois enfants morts. Un accouchement provoqué. Enfant vivant.

Dernières règles: 4-8 septembre 1908.

Bassin: D P S P: 10,5; bis-épineux, 21; bi-crête, 25.

Présentation: sommet mobile, en position gauche.

Accouchement prématuré, provoqué à 8 mois 3/4. Les contractions apparaissent au bout de 6 heures.

Durée de l'accouchement: 24 heures. Terminaison spontanée.

Enfant mort né-pesant 2.560 gr.

Suites de couches physiologiques.

Observation XVI

N° 226. — T. P..., Vgeste. Deux accouchements à terme; deux avortements. Enfants mort-nés (forceps).

Date des dernières règles ne peut être précisée.

Bassin: D P S P: 10,5; bis-épineux, 21; bi-crête, 24.

Présentation: sommet mobile en position gauche.

Accouchement provoqué à 8 mois 3/4. Apparition des premières douleurs au bout de 2 heures.

Durée de l'accouchement: 26 heures. Terminaison spontanée.

'Enfant criant faiblement, pesant 1.800 gr., mort quelques heures après l'accouchement. Suites de couches physiologiques.

Observation XVII

N° 240. — M. F..., secondigeste. Un accouchement à terme, laborieux, forceps, véritable basiotripsie déguisée.

Ignore la date de ses dernières règles.

Bassin: D P S P: 9,8; bis-épineux, 24; bi-crête, 27.

Présentation: sommet mobile en position gauche.

C'est la hauteur utérine, le palper mensurateur de Müller qui permettent de déterminer la date de l'accouchement. On pense qu'il est provoqué à 8 mois.

Les premières douleurs apparaissent au bout de deux heures.

Durée de l'accouchement: dix heures. Terminaison spontanée.

Enfant normal. 2.630 gr. Allaitement maternel.

Suites de couches physiologiques.

Enfant d'intelligence, de taille moyennes. En bonne santé en juin 1924.

Observation XVIII

N° 242. — P. L..., primigeste, ayant eu ses dernières règles du 12 au 20 octobre 1908.

Bassin: D P S P : 10,3; sacrum concave.

Présentation: sommet mobile en position gauche.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2. 10 heures après l'introduction de la bougie apparaissent les premières douleurs.

Durée de l'accouchement: 26 heures. Terminaison opératoire: forceps.

Enfant normal, de 2.960 gr. à la naissance. Allaitement mixte.

Aucun renseignement sur l'enfant actuellement.

Observation XIX

N° 313. — A. N..., primigeste, ayant eu ses dernières règles le 1er janvier 1910.

Bassin: D P S P: 10 cent. Concavité sacrée exagérée.

Présentation: O I D T. Sommet mobile.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2, le 13 octobre 1910. Les premières contractions apparaissent au bout de 3 heures.

Durée de l'accouchement: 9 heures. Terminaison spontanée.

Enfant vivace, d'un poids de 2.510 gr.; allaitement maternel.

Suites de couches physiologiques. Aucun renseignement sur l'enfant.

Observation XX

N° 314. — D. L..., Vgeste. Premier accouchement à terme, basiotripsie; deuxième et troisième grossesses accouchements prématurés. Enfants vivants.

Quatrième grossesse: avortement.

Grossesse actuelle: dernières règles le 20 janvier 1910.

Bassin: P accessible: 10,5 de D P S P. Sommet mobile, en O I G T.

Accouchement provoqué à 8 mois 3/4, le 15 octobre 1910. Premières douleurs apparaissent au bout de 2 heures.

Durée de l'accouchement: 12 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, de 3.110 gr. Allaitement maternel.

Enfant ayant fait ses premiers pas à 11 mois. Très robuste. Intelligence moyenne. Instruction semblable à celle des enfants de son âge. En très bonne santé en mai 1924 (ainsi que ses deux aînés, prématurés également).

Observation XXI

Année 1910-1911.

N° 90. — C. M..., primigeste, ayant eu ses dernières règles le 24 avril 1910.

Bassin: D P S P: 10; coccyx fortement antépulsé; bis-épineux, 20,5; bi-crête, 24.

Présentation: sommet mobile en O I D T.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 3/4, le 21 janvier 1911. La première bougie ne donne pas de contraction; une autre, introduite 24 heures après, fait apparaître les premières douleurs au bout de 10 heures.

Durée de l'accouchement: 73 heures. Terminaison opératoire: forceps à la vulve.

Enfant assez vivace, pesant 2.460 gr. Allaitement maternel.

Suites de couches légèrement fébriles, avec écoulement de lochies fétides.

Aucun renseignement sur l'enfant, actuellement.

Observation XXII

N° 145. — M. B..., IIIgeste (voir obs. n° 17). Grossesse actuelle. Dernières règles, le 15 juillet 1910.

Présentation: sommet en O I G T.

Accouchement provoqué à 8 mois, le 30 mars 1921. Contractions apparaissent au bout de deux heures.

Durée de l'accouchement: 34 heures. Terminaison spontanée.

Enfant criant faiblement. Mort quelques heures après. Poids: 1.630 gr.

Suites de couches physiologiques.

Observation XXIII

N° 217. — IIIgeste. Deux accouchements à terme laborieux. Un forceps: enfant mort; une basiotripsie.

Grossesse actuelle: dernières règles le 30 septembre 1910.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien, 10; D bi-crête, 23; D bis-épineux, 18.

Présentation: mobile, O I G T.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2, le 21 juin 1911. La première bougie ne provoque aucune contraction. Mise en place d'une seconde bougie 24 heures après. Les contractions apparaissent alors au bout de 9 heures.

Durée de l'accouchement: 42 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, de 3.030 gr. Allaitement maternel.

Enfant ayant fait ses premiers pas à 1 an, aussi robuste et aussi intelligent que ses camarades du même âge.

Observation XXIV

N° 245. Secondigeste. Un accouchement à terme. Très laborieux. Enfant mort.

Grossesse actuelle; ignore la date de ses dernières règles.

Bassin: D P S P: 10 cent. La présentation est en O I D T.

N'ayant pas de renseignements certains sur l'âge de la grossesse, on s'en rapporte au palper mensurateur de Müller et on provoque l'accouchement le 31 juillet. Mise en travail lente. Deux bougies sont nécessaires, et la fin, au bout de quatre jours, n'est obtenue que par une dilatation manuelle du col et une version.

Enfant en état de mort apparente, difficilement ranimé. Mort 17 heures après la naissance, d'un poids de 1.750 gr.

Suites de couches légèrement fébriles, mais n'ayant nécessité aucun traitement.

Observation XXV

Année 1911-1912.

N° 78. — T. P..., VIgeste (voir obs. n° 16). Grossesse actuelle; dernières règles le 5 mai 1911.

Présentation: sommet mobile en O I G T.

Accouchement prématuré à 8 mois 1/2, le 27 janvier 1911. Les premières contractions apparaissent au bout de 3 heures 1/2, mais elles sont douloureuses et inefficaces. Au bout de 48 heures, le col, dilaté comme 5 francs, est dilatable. On termine alors par une version et une manœuvre de Champetier de Ribes pénible.

Enfant né en état de mort apparente. A succombé au bout de quelques heures. Pesait 3.520 gr.

Suites de couches physiologiques.

Observation XXVI

N° 102. — X..., primigeste, ayant eu ses dernières règles dans les premiers jours de juin 1911.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien: 10,5; courbure marquée arc antérieur; D bis-épineux, 20; bi-crête, 24.

Présentation: sommet mobile, en position droite.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2. Les contractions apparaissent au bout de 20 heures.

Durée de l'accouchement: 14 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, pesant 2.630 gr., bien portant à sa sortie.

Aucun renseignement actuellement.

Observation XXVII

N° 220. — B. S..., primigeste, ayant eu ses dernières règles le 29 septembre 1911.

Bassin: diamètre promonto sous-pubien, 10; bassin asymétrique atrophique à gauche.

Présentation: sommet mobile au détroit supérieur.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/4. Pas d'application de bougies. Le décollement simple du pôle inférieur a suffit. Il y avait eu une hémorragie légère lors de l'essai d'introduction de la bougie. Les contractions surviennent au bout de 2 heures.

Durée de l'accouchement: 20 heures. Terminaison spontanée.

Suites de couches physiologiques. L'enfant est mort quelques jours après sa naissance; il pesait 2.480 gr. L'autopsie n'a montré aucune lésion du crâne et de l'encéphale.

Observation XXVIII

Année 1912-1913.

B. D..., secondigeste. Un accouchement à terme. Application de forceps réitérés. Enfant fracture du crâne. Mort une heure après sa naissance.

Grossesse actuelle; dernières règles le 15-20 avril 1912.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien, 10,5; arc antérieur normal. Faux promontoires sacrés.

Présentation: sommet mobile en position gauche.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. Les contractions apparaissent au bout de deux heures. L'accouchement traînant en longueur, on termine par une version. Manœuvre de Champetier de Ribes difficile.

Enfant facilement ranimé, présentant un léger enfoncement pariétal, d'un poids de 3.000 gr. Allaitement maternel.

Suites de couches physiologiques.

Aucun renseignement sur l'état actuel de l'enfant.

Observation XXIX

N° 96. — E. I..., primigeste, atteinte de luxation congénitale gauche, ayant eu ses dernières règles le 21-24 avril 1912.

Bassin: asymétrique D P S P: 10,3; D bis-épineux, 22,5; D bi-crête, 25.

Présentation: sommet mobile en position droite.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2. Les contractions apparaissent lentement. Introduction de deux bougies à 24 heures d'intervalle.

Durée de l'accouchement: 24 heures. Terminaison opératoire: application de forceps dans l'excavation sur une O I D P.

Enfant facilement ranimé, pesant 3.100 gr. Allaitement artificiel.

Suites de couches fébriles.

Aucun renseignement sur l'enfant actuellement.

Observation XXX

N° 190. — C. E.., secondigeste. Un accouchement (voir obs. III).

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois. Les contractions apparaissent au bout de 20 heures.

Durée de l'accouchement: 72 heures. Terminaison spontanée.

Enfant criant facilement, d'un poids de 2.250 gr. Allaitement maternel.

Suites de couches physiologiques.

Enfant ayant grandi normalement, de santé robuste et d'intelligence normale. Morte en 1918, à cinq ans, de la grippe.

Observation XXXI

N° 223. — IIIgeste. Deux grossesses. Deux accouchements à terme. Deux applications de forceps. Deux enfants morts.

Grossesse actuelle; dernières règles le 14-17 août 1912.

Bassin: D P S P: 10; courbure antérieure marquée; bi-crête, 26,5; bis-épineux, 23.

Présentation: sommet mobile, en position gauche.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/4. Contractions apparaissant rapidement: 1 heure.

Durée de l'accouchement: 28 heures. Version. Manœuvre de Champetier de Ribes difficile.

Enfant né en état de mort apparente. Assez facilement ranimé, pesant 3.200 gr. Allaitement maternel.

Suites de couches graves, mais guérison de la mère.

L'enfant a fait ses premiers pas à 17 mois. Très robuste, sait lire, écrire, très intelligent, mais paresseux.

Observation XXXII

N° 277. — M..., IVgeste (voir obs. XXII et XVII), grossesse actuelle; dernières règles le 1er-4 octobre 1912.

Bassin: voir observation XVII. Sommet mobile en position gauche.

Accouchement provoqué à 8 mois. Mise en travail très lon-

gue: deux bougies ont été introduites à 24 heures d'intervalle. Immédiatement après la pose de la seconde, apparition des contractions.

Durée de l'accouchement: 5 heures. Terminaison spontanée.

Enfant vivace, pesant 2.430 gr. Allaitement maternel.

Suites de couches physiologiques.

Enfant de bonne constitution, d'intelligence moyenne. En très bonne santé en juin 1924.

Observation XXXIII

Année 1913-1914.

N° . — X..., primigeste, ayant eu ses dernières règles en février 1912, présente des vomissements de toxémie gravidique.

Altération de l'état général.

In extremis à son entrée, on provoque l'accouchement le 26 novembre 1914. Les contractions apparaissent 4 heures après.

Durée de l'accouchement: 32 heures. Terminaison opératoire. Décès de la mère. Enfant vivant: 2.600 gr.

Allaitement au biberon. Sort en très bon état.

Aucune nouvelle depuis.

Observation XXXIV

N° 201. — P. L..., primigeste, ayant eu ses dernières règles le 10 juillet 1913.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien, 10,5.

Présentation: sommet mobile en O I D T.

Accouchement prématuré provoqué, le 9 avril, à 8 mois 3/4. Les contractions apparaissent au bout de deux heures.

Durée de l'accouchement: 26 heures. Terminaison spontanée.

Enfant criant facilement. Pesant 3.830 gr. à la naissance; à sa sortie, 3.430 gr. Allaitement maternel.

Suites de couches physiologiques.

Aucun renseignement sur l'enfant depuis sa sortie de la clinique.

Observation XXXV

N° 233. — S. M.., primigeste, ayant eu ses dernières règles le 26 juillet 1913.

Bassin: promontoire accessible; arc antérieur: courbure marquée; bis-épineux, 22,5; bi-crête, 25,5.

Présentation d'un sommet en position droite, très mobile.

Accouchement provoqué à 8 mois 3/4. Les contractions apparaissent au bout de 10 heures.

Durée de l'accouchement: 24 heures. Terminaison spontanée.

Enfant criant facilement, pesant 2.990 gr. à sa naissance et 3.600 gr. à sa sortie. Allaitement maternel.

Suites de couches physiologiques.

Aucun renseignement sur l'état actuel de l'enfant.

Observation XXXVI

N° 431. — J.., secondigeste (voir obser. IX). Grossesse actuelle; dernières règles, le 25 décembre 1913.

Accouchement provoqué à 8 mois 3/4, le 20 septembre 1914. Les contractions apparaissent au bout de deux heures.

Durée de l'accouchement: 5 h. 30. Terminaison spontanée.

Enfant né vivace, pesant 3.020 gr. Allaitement maternel. Suites de couches physiologiques.

Enfant se développant normalement. Mort à 11 mois 1/2, à la suite de complication de rougeole.

Observation XXXVII

N° 454. — X..., primigeste. Dernières règles le 27 décembre 1913.

Bassin: promontoire accessible; D bis-épineux, 20; D bi-crête, 22.

Présentation: sommet mobile, en position gauche.

Accouchement provoqué le 4 octobre 1924, quelques jours avant terme. Les contractions apparaissent au bout d'une heure.

Durée de l'accouchement: 14 heures. Terminaison spontanée.

Enfant vivace, de 2.730 gr., pesant 2.700 gr. à la sortie de la mère. Suites de couches physiologiques.

Enfant abandonné à la sortie de la mère de la clinique.

Aucun renseignement depuis.

OBSERVATION XXXVIII

N° 476. — R. R.., primigeste, ayant eu ses dernières règles le 25 décembre 1913.

Bassin: diamètre promonto sous-pubien, 10,3; D bis-épine 3x. 26 1/2; bi-crête, 28.

Présentation en O I G T mobile.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2. Les contractions apparaissent au bout de 26 heures (2 bougies).

Durée de l'accouchement: 38 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant criant facilement, pesant 3.420 gr., nourri au sein, très bien portant à sa sortie. Aucune nouvelle actuellement.

OBSERVATION XXXIX

Année 1914-1915.

N° 168. — A. M.., primigeste, ayant eu ses dernières règles le 24-27 février.

Bassin: promontoire accessible, 10,4. La présentation paraissant passer tout juste par le palper mensurateur de Müller, on décide de provoquer l'accouchement à 8 mois 1/2, le 19 novembre 1914. Les contractions apparaissent au bout de 3 heures.

Durée de l'accouchement: 35 heures. Terminaison opératoire: version.

Enfant étonné, facilement ranimé, d'un poids de 3.280 gr. Allaitement maternel. Suites de couches physiologiques.

Enfant en bonne santé, actuellement âgé de 10 ans. Robuste, assez intelligent, sachant lire et écrire.

OBSERVATION XL

N° 168. — L. P..., primigeste, ayant eu ses dernières règles du 21 au 23 mai 1914.

Bassin D P S P: 10; sommet mobile en position gauche.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 3/4, le 21 février 1915. Les premières contractions apparaissent au bout de 16 h.

Durée de l'accouchement: 30 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant normal, pesant 2.350 gr.; 2.760 gr. à la sortie. Allaitement maternel.

Aucune nouvelle actuellement.

Observation XLI

N° 232. — X..., VIgeste (v. obs. XV). Grossesse actuelle. Dernières règles le 20-24 mai 1914.

Accouchement provoqué à 8 mois. Mise en travail difficile, longue. Introduction de deux bougies. Enfin, le cinquième jour, après avoir décollé plus largement le segment inférieur, les contractions apparaissent 3 heures après.

Durée de l'accouchement: 18 heures. Terminaison spontanée.

Enfant criant facilement, pesant 2.110 gr. Mort 24 heures après la naissance.

Suites de couches physiologiques.

Observation XLII

N° 360. — A. D..., Vgeste. Quatre accouchements à terme, laborieux. Enfants morts à la naissance.

Grossesse actuelle; dernières règles du 13 au 18 octobre 1914.

Bassin: D P S P: 10; D bis-épineux, 25; D bi-crête, 27.

Présentation: sommet mobile en position gauche.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2, le 5 juillet. Les premières contractions apparaissent au bout de 5 heures.

Durée de l'accouchement: 32 heures. Terminaison opératoire: version. Manœuvre de Champetier de Ribes.

Enfant étonné, facilement ranimé, pesant 2.950 gr. Allaitement maternel. Pesait 3.300 gr. à la sortie. Suites de couches physiologiques.

Actuellement, enfant âgé de 10 ans, d'un poids de 28 kilos, assez robuste, intelligent, allant en classe avec ses camarades.

Observation XLIII

Année 1915-1916.

N° 2. — X..., IVgeste. Trois accouchements à terme, laborieux, enfants morts.

Grossesse actuelle; dernières règles le 15 février.

Bassin: D P S P: 10,3; D bis-épineux; 24,5; bi-crête, 28,5.

Présentation: sommet mobile en position droite.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/4, le 30 octobre. Les premières contractions apparaissent au bout de 8 heures.

Durée de l'accouchement: 35 heures. Terminaison opératoire: version.

Suites de couches fébriles.

Enfant criant facilement; pesant 2.600 gr. Allaitement maternel. La mère et l'enfant quittent la clinique obstétricale sans autorisation. Enfant décédé d'athrepsie, à son domicile, 25 jours après sa naissance.

Observation XLIV

N° 99. — E. V..., VIgeste. Trois grossesses à terme. Deux enfants morts-né; une crâniotomie.

Deux grossesses à terme, forceps. Un enfant mort, un vivant.

Grossesse actuelle; dernières règles le 10 mai 1916.

Bassin: D P S P: 10,3; D bis-épineux, 24,5; bi-crête, 27.

Présentation: sommet mobile en position droite.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/4, le 22 janvier. Les premières contractions apparaissent au bout de 2 heures, poche des eaux rompue à l'introduction de la bougie.

Durée de l'accouchement: 24 heures. Terminaison opératoire: version. Manœuvre de Champetier de Ribes. Suites de couches physiologiques.

Enfant étonné, ranimé, pesant 2.700 gr. Allaitement maternel. Poids à sa sortie: 3.300 gr.

Enfant ayant marché à 15 mois, âgé actuellement de 8 ans, robuste, sachant lire et écrire facilement. Assez intelligent.

Observation XLV

N° 156. — E. F.., secondigeste. Un accouchement à terme, pénible. Enfant mort-né.

Grossesse actuelle; dernières règles le 12-17 juin 1915.

Bassin: promontoire accessible. D P S P non inscrit.

Présentation: sommet mobile, en position gauche.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2, le 7 mars. Première bougie, 3 heures après, contraction, puis arrêt. Le lendemain, deuxième bougie qui, alors, accélère le travail.

Durée de l'accouchement: 54 heures. Terminaison spontanée.

Enfant normal, de 3.300 gr. Allaitement maternel. Suites de couches fébriles, à cause d'une déchirure du périnée.

Aucun renseignement sur l'enfant actuellement.

Observation XLVI

A. B.., VII geste. Deux avortements. Trois enfants morts-né. Un enfant en bonne santé. Grossesse actuelle; dernières règles le 27 décembre-1er janvier 1915.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien, 10,5; bis-épineux, 22; bi-crête, 25.

Présentation: sommet mobile en position droite.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 3/4.

Deux bougies sont introduites. Apparition des premières douleurs quelques heures après l'introduction de la deuxième bougie.

Durée de l'accouchement: 16 heures. Terminaison spontanée.

Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, de 3.140 gr. Allaitement maternel. Poids à la sortie de la clinique: 3.200 gr.

Actuellement, enfant âgé de 9 ans, de très bonne constitution, un peu déficitaire intellectuellement. Incontinence nocturne.

En très bonne santé le 20 mai 1924.

Observation XLVII

N° 37. — X. H..., secondigeste. Première grossesse à terme. Enfant mort-né.

Grossesse actuelle; dernières règles le 20 septembre.

Bassin: promontoire accessible: D P S P non inscrit.

Accouchement prématuré à 8 mois 1/2. Les contractions apparaissent au bout de 3 heures.

Durée de l'accouchement: 26 heures. Terminaison spontanée.

Suites de couches physiologiques. Aucun renseignement.

Enfant vivace, pesant 2.800 gr. à la naissance, 3.000 gr. à sa sortie.

Suites de couches physiologiques.

Observation XLVIII

N° 60. — J. F..., primigeste, ayant eu ses dernières règles du 10 au 14 mars.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien, 10,6.

Présentation: sommet mobile en position droite.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 3/4, le 11 décembre 1916. Apparition des premières douleurs 3 heures après l'intervention.

Durée de l'accouchement: 18 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, de 2.250 gr. Allaitement maternel. 3.400 gr. à la sortie.

Pèse 19 kilos. En bonne constitution; intelligence moyenne. Sait lire et écrire.

Observation XLIX

Année 1916-1917.

N° 124. — M.-L. B.., IIIgeste. Une basiotripsie. Deux grossesses à terme.

Grossesse actuelle; dernières règles du 10 au 14 mai.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien, 10,5; D bis-épineux, 22; bi-crête, 25.

Présentation: sommet mobile en position droite.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. Ici, impossibilité d'introduire la bougie. Décollement du segment inférieur; la poche des eaux se rompt.

Durée de l'accouchement: 40 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches légèrement fébriles, deux fois 38°, à cause de la rupture précoce des eaux.

Enfant étonné, facilement ranimé, de 3.350 gr. A sa sortie: 3.600 gr. A fait ses premiers pas à un an; âgé de 7 ans 1/2, pèse 20 kilos, d'un tempérament robuste, d'intelligence moyenne. Sait lire et écrire facilement.

Observation L

N° 208. — J. A..., bacillaire aux derniers jours de son évolution, avec une laryngite importante, secondigeste. Premier accouchement à terme normal. Enfant en bonne santé.

Grossesse actuelle; dernières règles le 20 août 1916.

Présentation: sommet engagé en gauche.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois, le 19 avril. Apparition des premières douleurs 1 heure après l'intervention.

Durée de l'accouchement: 12 heures. Terminaison spontanée.

Enfant, de 2.300 gr., en bon état, nourri au biberon. Sorti vivant de la clinique obstétricale.

Mère décédée le cinquième jour après son accouchement.

Observation LI

N° 223. — X..., IIIgeste. Deux grossesses à terme. Accouchement pénible: forceps. Un enfant mort.

Grossesse actuelle; dernières règles du 1er-5 août.

Bassin: promontoire accessible; D P S P, 10,5.

Présentation: sommet mobile en position droite.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 3/4, le 27 avril. Les contractions apparaissent au bout de 14 heures.

Durée de l'accouchement: 22 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, de 3.070 gr., pesant 3.600 gr. à sa sortie. A fait ses premiers pas à 9 mois 1/2. Agée de 7 ans 1/2. Actuellement est plus grande et plus forte que la moyenne des filles de son âge. Va au lycée, où elle est une très bonne élève.

Observation LII

N° 269. — X..., VIgeste. Cinq accouchements à terme; enfants morts au cours de l'accouchement ou immédiatement après.

Grossesse actuelle; dernières règles le 17 septembre.

Bassin D P S P: 10; D bi-crête, 25; D bis-épineux, 21; diminution arc antérieur et du diamètre transverse du bassin.

Présentation: sommet mobile en position droite.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/4. Contractions faibles au début. Deux bougies sont nécessaires.

Durée de l'accouchement 68 heures. Terminaison opératoire: application de forceps sur une O I D P. Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, de 2.570 gr., pesant 2.700 gr. à la sortie.

Aucun renseignement actuellement sur l'enfant.

Observation LIII

N° 312. — X..., secondigeste. Premier accouchement à terme. Forceps. Enfant mort.

Grossesse actuelle; dernières règles le 13 octobre.

Bassin: diamètre P S P: 9,7; D bis-épineux, 24; bi-crête, 26.

Présentation: tout d'abord, un siège transformé par manœuvres externes, en sommet mobile en position gauche.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/3. Les contractions sont irrégulières, apparaissent et disparaissent alternativement. On termine par une dilatation au ballon de Champetier de Ribes et par une version, avec difficulté au détroit supérieur.

Enfant étonné, ranimé facilement. D'un poids de 2.440 gr. Allaitement maternel. Suites de couches physiologiques.

Aucun renseignement actuellement sur l'enfant.

Observation LIV

N° 329. — Secondigeste. Un accouchement à terme. Enfant très petit; forceps. Enfant vivant.

Grossesse actuelle; dernières règles le 1er-5 novembre.

Bassin: diamètre promonto sous-pubien, 9,8.

Présentation: sommet mobile en position gauche.

Accouchement prématuré à 8 mois et quelques jours. Dès l'introduction de la bougie, écoulement sanguin persistant. On termine, le col étant dilatable, par une version.

Enfant criant fortement, d'un poids de 2.600 gr. à la naissance, pesant 2.900 gr. à sa sortie. Suites de couches physiologiques.

Enfant ayant fait ses premiers pas à quinze mois. Agé de 7 ans, pesant 17 kilos 300, en bonne santé. Robuste. Commençant bien à lire et à écrire.

Observation LV

N° 415. — X..., primigeste, a eu ses dernières règles le 28-31 décembre 1916.

Bassin: D P S P, 10; D bis-épineux, 22,5; bi-crête, 25.

Présentation: siège; version par manœuvres externes, sommet mobile en position droite. A eu, au cours de sa grossesse, des troubles d'intoxication gravidique.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/4. Les contractions apparaissent au bout de deux heures.

Durée de l'accouchement: 6 heures. Terminaison spontanée.

Enfant vivace, d'un poids de 2.370 gr.; 2.700 gr. à sa sortie.

Aucune renseignement actuellement sur l'enfant.

Observation LVI

Année 1917-1918.

N° 62. — X..., secondigeste. Premier accouchement à terme; forceps difficile. Accouchement long. Enfant en bonne santé.

Grossesse actuelle; dernières règles le 10 mars.

Bassin: D P S P: 10,3; D bis-épineux, 24,5; bi-crête, 26,5.

Présentation: sommet mobile en position gauche.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/4, le 8 décembre 1917. Les contractions apparaissent au bout de 12 heures.

Durée de l'accouchement: 36 heures. Terminaison opératoire: application de forceps en raison du ralentissement des bruits du cœur.

Enfant étonné, facilement ranimé. Pensant 2.620 gr. A sa sortie, le 27 décembre, 3.200 gr. Allaitement maternel. Suites de couches physiologiques.

Aucun renseignement sur l'enfant actuellement.

Observation LVII

N° 101. — X..., IIIgeste. Grosesse actuelle: dernières règles le 20-25 mai.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien, 10; bis-épineux, 22; bi-crête, 25.

Présentation: sommet mobile en position droite.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. Les premières douleurs apparaissent au bout de deux heures.

Durée de l'accouchement: 16 heures. Terminaison spontanée.

Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, pesant 2.700 gr. A sa sortie, 2.900 gr. Allaitement maternel.

Aucun renseignement sur l'enfant actuellement.

Observation LVIII

N° 295. — X..., secondigeste. Premier accouchement à terme. Enfant mort pendant le travail.

Grossesse actuelle; dernières règles: 1er-3 septembre.

Bassin: Diamètre promonto-sous-pubien, 10,5; bis-épineux, 22; bi-crête, 22,5.

Présentation sommet mobile en position gauche.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/4. Les contractions apparaissent très lentement; il faut cinq jours pour, après la pose des bougies, voir apparaître des contractions. Cependant, l'accouchement est rapide: huit heures après la première contraction. Terminaison opératoire: application de forceps.

Suites de couches physiologiques.

Enfant né, assez vivace, d'un poids de 3.670 gr. Allaitement maternel. Poids à la sortie: 3.670 gr.

Aucun renseignement sur l'enfant actuellement.

Observation LIX

N° 307. — X..., VIIIgeste. (Voir obs. XLVI).

Grossesse actuelle; dernières règles le 4-10 septembre 1917.

Bassin: voir obs. XLVI.

Accouchement prématuré, provoqué à 8 mois 1/2. Les contractions apparaissent au bout de 3 heures.

Durée de l'accouchement: 10 heures. Terminaison spontanée.

Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, de 2.800 gr. Allaitement maternel.

Enfant âgé de 6 ans. A fait ses premiers pas à 12 mois. Très intelligente, de bonne constitution. En très bonne santé le 21 mai 1924.

Observation LX

X..., VIIgeste. Deux accouchements: enfants morts. Deux avortements. Deux accouchements: enfants vivants.

Grossesse actuelle; dernières règles 27 décembre 1917.

Bassin: D P S P: 10,5; bis-épineux, 22; bi-crête, 25. Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2.

Mise en travail: 24 heures; deux bougies.

Durée de l'accouchement: 18 heures. Terminaison spontanée.

Enfant vivant, de 3.140 gr. Suites de couches physiologiques.

Actuellement, enfant en très bonne santé, assez robuste et commençant à lire et à écrire.

Observation LXI

N° 392. — X..., primigeste. Dernières règles, le 8-11 novembre.

Bassin: D P S P, 10; bis-épineux, 26; bi-crête, 26.

Présentation: sommet mobile en position droite.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/4. Les contractions apparaissent au bout de 24 heures.

Durée de l'accouchement: 14 heures. Terminaison spontanée.

Enfant bien vivant, de 3.000 gr. Allaitement maternel. Suites de couches physiologiques.

Aucun renseignement sur l'enfant actuellement.

Observation LXII

N° 423. — X..., IVgeste (voir obs. XXXVI).

Grossesse actuelle; dernières règles le 21-23 novembre.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. Les contractions apparaissent au bout de 1 heure.

Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, de 2.850 gr. Allaitement maternel. A sa sortie: 3.100 gr.

Enfant âgé de 6 ans, très robuste, n'a jamais été malade. Pèse actuellement 22 kilos, assez intelligent, commence à lire et écrire.

Observation LXIII

N° 476. — X..., IIIgeste. Deux accouchements à terme. Application de forceps; enfants morts.

Grossesse actuelle; dernières règles le 3-6 décembre 1917.

Bassin: D P S P: 10,5.

Présentation d'un siège mobile en position gauche.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 3/4. Les contractions apparaissent au bout de 48 heures.

Durée de l'accouchement: 48 heures. Terminaison opératoire: dilatation manuelle. Extraction d'un siège. Suite de couches fébriles.

Enfant de 2.850 gr., étonné, mais ranimé facilement. 3.300 gr. gr. à sa sortie.

Enfant de développement normal. En très bonne santé le 24 mai 1924.

Observation LXIV

N° 492. — X... IVgeste. Trois accouchements à terme, sans aucun ennui.

Grossesse actuelle; dernières règles: 15-20 novembre.

Bassin: D P S P: 10,5.

Présentation: sommet mobile en position gauche.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 3/4, le 12 septembre. Les contractions apparaissent au bout de 8 heures.

Durée de l'accouchement: 10 heures. Terminaison opératoire: application de forceps. Suites de couches physiologiques.

Enfant bien vivant, de 2.920 gr. Allaitement maternel. A sa sortie pèse 3.100 gr.

Aucun renseignement sur l'enfant actuellement.

Observation LXV

N° 528. — X..., secondigeste. Un accouchement prématuré, à 8 mois 1/4, à Nancy; enfant en bonne santé.

Grossesse actuelle; dernières règles 15-16 janvier 1918.

Bassin: D P S P: 10.

Présentation: sommet mobile en position droite.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/4. Les contractions apparaissent au bout de huit heures. Terminaison opératoire: version.

Suites de couches physiologiques.

Enfant asphyxié, ranimé, pesant 2.320 gr. A sa sortie: 2.500 gr. Allaitement maternel.

Réfugiée. Aucun renseignement actuellement.

Observation LXVI

Année 1918-1919.

N° 207. — X..., secondigeste. Premier accouchement: forceps. Enfant vivant.

Grossesse actuelle; dernières règles: 26 juillet 1918.

Bassin: D P S P: 10 cent.

Présentation: sommet mobile en position gauche.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 5 jours. Les contractions apparaissent au bout de 3 heures.

Durée de l'accouchement: 18 heures. Terminaison opératoire: version. Manœuvre de Champetier de Ribes.

Enfant vivant, 3.100 gr. Suites de couches physiologiques.

Enfant abandonné. Aucun renseignement actuellement.

Observation LXVII

N° 369. — X..., primigeste; dernières règles: 6-12 novembre.

Bassin: D P S P: 10,3; D bis-épineux, 33; bi-crête, 24,5.

Présentation: sommet mobile en position gauche.

Accouchement prématuré, provoqué à 8 mois 3/4. Les contractions apparaissent très lentement. Il faut deux bougies.

24 heures après l'introduction de la première bougie, première douleur. On termine par une dilatation bi-manuelle du col et une version. Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, de 3.080 gr., pesant 3.900 gr. à sa sortie. Allaitement maternel.

Réfugiée. Aucun renseignement actuellement.

Observation LXVIII

N° 485. — X..., Vgeste (voir obs. XVII, XXII, XXXII).

Grossesse actuelle; 17-20 février, date des dernières règles.

Bassin: D P S P: 9,8.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois. Les contractions apparaissent au bout de trois heures.

Durée de l'accouchement: 27 heures. Terminaison opératoire: application de ferceps. Suites de couches physiologiques.

Enfant étonné, criant faiblement, pesant 3.000 gr. Mort 4 h. après.

Observation LXIX

Année 1919-1920.

X..., VIIIgeste. Voir obs. XLIV.

Grossesse actuelle; dernières règles: 15-20 février.

Présentation: siège mobile, transformé par version (manœuvres externes) en sommet.

Accouchement prématuré, provoqué à 8 mois 3/4, jour d'entrée de la paruriente. Cependant, la tête ne paraît pas déborder. Les contractions apparaissent au bout d'une heure.

Durée de l'accouchement: 6 heures. Terminaison opératoire: version. Manœuvre de Champetier de Ribes. Suites de couches physiologiques.

Enfant né en état de mort apparente, ranimé difficilement, pesant 2.620 gr. Mort deux heures après sa naissance.

Observation LXX

N° 203. — X..., secondigeste. Un accouchement à terme en 1911. Enfant vivant.

Grossesse actuelle; dernières règles le 14-19 juin 1919.

Bassin: D P S P: 10,2.

Présentation: sommet mobile, en position gauche.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. Les premières contractions apparaissent au bout d'une heure.

Durée de l'accouchement: 12 heures. Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, de 3.480 gr. Allaitement maternel. Poids à la sortie: 3.700 gr.

La famille ayant changé plusieurs fois de résidence, il a été impossible de la retrouver. Il y a un an, l'enfant était encore en très bonne santé.

Observation LXXI

Année 1919-1920.

N° 119. — X..., IIIgeste. Deux accouchements laborieux, forceps. Un enfant, actuellement, présente des crises d'épilepsie, type Bravais-Jackson.

Grossesse actuelle; dernières règles le 23 avril 1919.

Bassin: promontoire à limite: 10,6.

Présentation: mobile au détroit supérieur.

Accouchement prématuré provoqué, quelques jours avant terme. Le travail est lent: il faut introduire deux bougies, mais les douleurs ne sont énergiques qu'au bout de 72 heures.

Durée de l'accouchement: 18 heures. Terminaison spontanée.

Enfant normal, de 3.450 gr. Allaitement maternel. 3.900 gr. à sa sortie.

Aucun renseignement sur l'enfant actuellement.

Observation LXXII

N° 262. — X..., IVgeste. Deux accouchements à terme pénibles. Enfants morts.

Un accouchement prématuré à 8 mois 1/2. Enfant vivant.

Bassin: D P S P: 9 1/2; D bis-épineux: 26; D bi-crête, 27 1/2.

Présentation: sommet mobile, en position gauche.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. Les contractions apparaissent au bout de 3 h. 20.

Durée de l'accouchement: 9 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, de 2.950 gr. Allaitement maternel. 3.300 gr. à la sortie. Enfant ayant fait ses premiers pas à onze mois.

Agée de 5 ans, actuellement. Pèse 16 kilos. Très robuste et intelligente. Ne va pas encore en classe.

Observation LXXIII

N° 272. — X..., secondigeste. Première grossesse: accouchement à terme, craniotomie.

Grossesse actuelle; ignore la date de ses dernières règles.

Bassin: D P S P: 10 cent.; D bis-épineux, 22; bi-crête, 25.

Présentation: sommet mobile en position droite:

C'est par les mensurations de Perret et le palper de Müller que l'on décide la date de l'accouchement prématuré.

Les contractions apparaissent deux heures après l'introduction de la bougie.

Durée de l'accouchement: 15 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, de 3.300 gr. Allaitement maternel.

A fait ses premiers pas à 10 mois. Très robuste. Intelligence normale. En bonne santé actuellement.

Observation LXXIV

N° 532. — X..., primigeste, a eu ses dernières règles le 4 décembre.

Bassin: luxation double congénitale. Pas de mensurations.

Présentation: sommet mobile en position gauche.

Accouchement prématuré à 8 mois 1/2. Deux bougies d'emblée. Les contractions apparaissent au bout de deux heures.

Durée de l'accouchement: 14 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques. Enfant très vif, d'un poids de 3.120 gr.; allaitement maternel. 3.400 gr. à sa sortie.

A fait ses premiers pas à 13 mois. Pèse actuellement 17 kilos, Très robuste et intelligent, semblable aux enfants de son âge nés à terme.

Observation LXXV

N° 535. — X..., secondigeste. Première grossesse à terme. Vient pour toxémie gravidique grave *in extremis.* Accouchement prématuré, provoqué méthodiquement, accélére à 8 mois 1/2. Durée

de 25 minutes. Décès de la mère 24 heures après. Enfant vivant: 2.830 gr.

Aucune nouvelle de l'enfant actuellement.

Observation LXXVI

N° 100. — X..., primigeste. Dernières règles le 6-10 avril 1920.

Bassin asymétrique: D P S P: 10.

Présentation: sommet gauche mobile.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. Deux bougies sont nécessaires pour déclancher le travail. Les contractions apparaissent au bout de 10 heures.

Durée de l'accouchement: 38 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant étonné, facilement ranimé, d'un poids de 2.280 gr. Mort accidentellement dans la couveuse, 48 heures après sa naissance.

Observation LXXVII

N° 318. — IXgeste. (Voir obs. LIX).

Grossesse actuelle: dernières règles le 26-29 octobre 1920.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. Ici, décollement simple du pôle inférieur de l'œuf. Les contractions apparaissent au bout de 7 heures.

Durée de l'accouchement: 7 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, de 3.050 gr. Allaitement mixte. A fait ses premiers pas à 11 mois. Très vive et très robuste.

En très bonne santé le 20 mai 1924.

Observation LXXVIII

N° 423. — X..., IIIgeste. Deux grossesses à terme.

Grossesse actuelle; dernières règles le 10-15 octobre.

Bassin: promontoire accessible.

Présentation: sommet mobile en position gauche.

Accouchement prématuré provoqué quelques jours avant terme. Les contractions apparaissent au bout de 3 heures.

Durée de l'accouchement: 36 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, de 2.780 gr. Allaitement maternel. 3.000 gr. à sa sortie. A fait ses premiers pas à 18 mois. Se porte bien actuellement. Progresse aussi facilement que son frère né à terme, deux ans auparavant.

Observation LXXIX

N°. — X..., IIgeste. Deux accouchements à terme, laborieux.

Enfants morts-nés.

Grossesse actuelle; dernières règles le 25 novembre 1920. Pas de mensuration du bassin; sommet mobile en position gauche.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 3/4.

Mise en travail: 5 heures.

Durée de l'accouchement: 14 heures. Terminaison opératoire: version.

Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, de 3.500 gr. Allaitement maternel. Pesant 3.500 gr. à sa sortie. Enfant ayant fait ses premiers pas à 15 mois. Rachitisme léger. Assez robuste. Un peu déficiente au point de vue intelligence.

Observation LXXX

N° 537. — Primigeste, ayant eu ses dernières règles le 4 février 1921.

Bassin: D P S P: 10; D bis-épineux, 22,5; bi-crête, 26; sommet mobile en position gauche.

Accouchement prématuré, provoqué à 8 mois 1/2. Les contractions apparaissent au bout de 48 heures.

Durée de l'accouchement: 26 heures. Terminaison opératoire: forceps. Suites de couches physiologiques.

Enfant étonné, facilement ranimé, pesant 2.240 gr. à la naissance. Allaitement maternel. 2.600 gr. à sa sortie. Aucun renseignement actuellement sur l'enfant.

Observation LXXXI

Année 1921-1922.

N° 97. — X..., primigeste, ayant eu ses dernières règles le 25 avril.

Bassin: D P S P: 10 fort.

Présentation: sommet mobile en position gauche.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. Deux bougies, aucun travail; puis, progressivement, les douleurs s'installent au bout de deux jours et demi.

Durée de l'accouchement: 14 heures. Terminaison opératoire: version.

Enfant étonné, facilement ranimé, de 3.000 gr. Allaitement maternel. 3.200 gr. à sa sortie.

Observation LXXXII

N° 223. — X..., primigeste. Dernières règles du 5 au 11 août 1921.

Bassin: D P S P: 10,4; D bis-épineux, 20; bi-crête, 25.

Présentation: sommet mobile en position gauche.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. Les contractions apparaissent au bout de 3 heures.

Durée de l'accouchement: 36 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant très vivace, pesant 2.700 gr. Allaitement maternel. A sa sortie: 2.850 gr.

Aucun renseignement, actuellement, sur l'enfant.

Observation LXXXIII

N° 232. — X..., secondigeste. Un accouchement à terme, basiotripsie.

Grossesse actuelle; dernières règles le 6-10 août.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien: 10,3.

Présentation: tête mobile au détroit supérieur.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/4. Les contractions apparaissent au bout de 4 heures.

Durée de l'accouchement: 20 heures. Terminaison opératoire: version. Manœuvre de Champetier de Ribes.

Enfant étonné, pesant 2.710 gr. Ranimé assez facilement.

Mort 48 heures après sa naissance. Suites de couches physiologiques.

Observation LXXXIV

N° 236. — X..., IIIgeste. Un accouchement à terme: enfant petit; deux accouchements à terme: enfant normal, mort à la naissance.

Grossesse actuelle; dernières règles le 31 juillet 1921.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 3/4. Les contractions apparaissent au bout de trois jours.

Durée de l'accouchement: 18 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant normal, de 2.970 gr. Allaitement maternel. A fait ses premiers pas à 11 mois. Pèse actuellement 12 kilos. Robuste et relativement précoce.

Observation LXXXV

N° 355. — X..., primigeste. Dernières règles le 1er septembre 1922.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien: 10 1/2; D bis-épineux, 22; D bi-crête, 26 cent.

Présentation: sommet mobile au détroit supérieur.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 3/4. Les contractions apparaissent au bout de 2 heures.

Durée de l'accouchement: 11 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, d'un poids de 2.900 gr. Allaitement maternel. A sa sortie: 3.200 gr.

Observation LXXXVI

N° 361. — X..., Secondigeste. Premier accouchement laborieux: enfant mort-né.

Grossesse actuelle: date des dernières règles le 28-30 octobre 1921.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien, 10,5; promontoire saillant et élevé; D bis-épineux, 22,5; D bi-crête, 26.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. Les contractions apparaissent au bout de 8 heures.

Durée de l'accouchement: 14 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant criant à sa naissance, pesant 2.980 gr. Allaitement maternel. 3.000 gr. à sa sortie.

Aucun renseignement actuellement sur l'enfant.

Observation LXXXVII

N° 366. — X..., IIIgeste. Deux accouchements à terme, laborieux: forceps. Enfants morts.

Grossesse actuelle; dernières règles le 27-30 octobre.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien, 10,5.

Présentation: sommet mobile en position gauche.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. Après l'application de la première bougie, les premières contractions apparaissent assez rapidement. Elles sont douloureuses et inefficaces. Vingt-quatre heures après, introduction d'une deuxième bougie, aucune modification n'est apportée; la dilatation est à peine comme 2 fr. On termine alors par une dilatation au ballon de Champetier de Ribes suivi d'une version. Suites de couches physiologiques.

Enfant criant facilement, pesant 2.750 gr. Allaitement maternel. Enfant ayant fait ses premiers pas à onze mois. En bonne santé actuellement. Ne paraît pas déficiante au point de vue intelligence. Agée de 2 ans seulement.

Observation LXXXVIII

N° 513. — X..., Secondigeste. Premier accouchement à terme, laborieux, forceps. Enfant mort.

Grossesse actuelle; dernières règles le 15-18 janvier 1922.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien, 10,5; arc antérieur à courbure exagérée, ligne rapprochée de la ligne médiane.

Présentation: sommet mobile en position gauche.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 3/4. Les contractions apparaissent au bout de 5 heures.

Durée de l'accouchement: 13 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant criant facilement, de 3.280 gr. Allaitement maternel. A fait ses premiers pas à 1 an; premières dents, à 6 mois. N'a que 21 mois, est robuste, et parle déjà bien.

Observation LXXXIX

N° 412. — X..., primigeste, ayant eu ses dernières règles le 3 novembre 1921 (dernier jour).

Bassin plat, rachitique. Diamètre promonto-sous-pubien: 10,5.

Présentation: sommet mobile en position droite.

Accouchement prématuré provoqué, 9 jours avant terme; mise en place de deux bougies simultanément. Les contractions apparaissent au bout de 3 heures.

Durée de l'accouchement: 15 heures. Terminaison opératoire: application de forceps. Suites de couches physiologiques.

Enfant très vivace, de 3.020 gr. Allaitement maternel.

En bonne santé actuellement, mais pas d'autres renseignements.

Observation XC

Année 1922-1923.

N° 6. — X..., IIIgeste. Deux accouchements à terme, laborieux. Enfants morts.

Grossesse actuelle; dernières règles le 6 février 1922.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien, 10,6; D bis-épineux, 22; bi-crête, 26.

Présentation: siège mobile en position gauche.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 3/4. Travail lent à se déclancher. Deux bougies sont introduites à 24 h. de distance.

Durée de l'accouchement: 32 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant très vivace, de 2.700 gr. Allaitement maternel. 3.050

grammes à sa sortie. A fait ses premiers pas à huit mois. Pèse actuellement onze kilos; a six dents; à peine âgée de 18 mois. Très robuste et très intelligente.

Observation XCI

X..., primigeste. Dernières règles le 28 février 1922.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien, 10,5; D bis-épineux, 24; bi-crête, 27.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 3/4. Les contractions apparaissent au bout de 16 heures.

Durée de l'accouchement: 24 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, pesant, à la naissance, 2.770 gr. Allaitement maternel. 2.890 gr. à sa sortie.

Aucun renseignement actuellement sur l'enfant.

Observation XCII

N° 24. — X..., primigeste, ayant eu ses dernières règles le 20 février 1922.

Bassin: promontoire accessible. Diamètre: bis-épineux, 20,5; bi-crête, 26; diamètre transverse diminué.

Accouchement prématuré provoqué quelques jours avant terme. Les contractions apparaissent au bout de 3 heures.

Durée de l'accouchement: 21 heures. Terminaison opératoire: forceps. Liquide amniotique verdâtre.

Suites de couches légèrement fébriles.

Enfant normal, de 3.080 gr. Allaitement artificiel. 3.080 gr. à sa sortie.

Enfant vivant, se développant normalement.

Observation XCIII

N° 181. — X..., geste. Un accouchement à terme, laborieux. Forceps. Enfant mort. Un avortement. Un accouchement: forceps, enfant vivant.

Grossesse actuelle; dernières règles le 27 mai 22.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien, 10,5; D bis-épineux, 24; D bi-crête, 27.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. Les contractions apparaissent au bout de 18 heures.

Durée de l'accouchement: 11 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant très vivace, pesant 2.350 gr. Allaitement maternel. 2.800 gr. à sa sortie. Enfant robuste, vivant actuellement, atteint de luxation congénitale de la hanche.

Observation XCIV

N° 219. — X..., primigeste, ayant eu ses dernières règles le 18 juillet 1922.

Bassin: D P S P: 10,3; D bis-épineux, 23; bi-crête, 25.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. Les contractions apparaissent deux heures après l'introduction de la bougie, mais elles sont inefficaces et douloureuses. On termine par une dilatation de Bonnaire et une application de forceps au détroit supérieur.

Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, pesant 2.860 gr. Allaitement maternel. 3.200 grammes à sa sortie.

Enfant robuste, en bonne santé actuellement.

Observation XCV

N° 236. — X..., IIIgeste. Premier accouchement: craniotomie. Deuxième accouchement prématuré provoqué, expulsion spontanée. En bonne santé. (Voir obs. LXXIII).

Grossesse actuelle; dernières règles le 10 juillet.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien, 10; D bis-épineux, 22; bi-crête, 25.

Présentation: siège en sacro-iliaque droite mobile.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2; accouchement long. Introduction de deux bougies à 48 heures d'intervalle. La durée de l'accouchement est de 24 heures. A ce moment, poche des eaux intacte, dilatation complète. Rupture de la poche des eaux et extraction normale d'un siège.

Suites de couches un peu anormale; pas de fièvre, mais pouls élevé et l'accouchée n'a pas eu d'hémorragie.

Enfant normal, de 3.300 gr. Allaitement maternel. A fait ses premiers pas à onze mois. Très robuste. Intelligent. En très bonne santé actuellement.

Observation XCVI

X..., Vgeste. 3 accouchements provoqués. (V. obs. IX, XXXVI, LXII).

Grossesse actuelle; dernières règles, 25-30 octobre.

Accouchement prématuré provoqué avant terme, dès son entrée dans le service. Les contractions apparaissent 6 heures après l'introduction de la bougie.

Durée de l'accouchement: 7 heures. Terminaison spontanée. Suites de couches physiologiques.

Enfant vivace, de 2.650 gr. Allaitement maternel. 2.800 gr. à sa sortie.

Enfant encore au sein, En très bonne voie de développement.

Observation XCVII

Année 1923-1924.

N° 88. — X..., IVgeste. Trois grossesses à terme. Accouchement laborieux. Enfants morts.

Grossesse actuelle; dernières règles le 25-26 avril 1923.

Bassin: diamètre promonto-sous-pubien, 9,9; D bis-épineux, 22,5; D bi-crête, 25.

Accouchement prématuré, provoqué à 8 mois 1/4. Les contractions apparaissent au bout de 1 heure.

Durée de l'accouchement: 10 heures. Terminaison opératoire. Version. Manœuvre de Champetier de Ribes. Suites de couches physiologiques.

Enfant criant facilement, de 2.800 gr. Allaitement maternel. 3.200 gr. à sa sortie.

Enfant vivant. Progresse normalement.

Observation XCVIII

N° 109. — X..., primigeste, ayant eu ses dernières règles le 17-20 avril 1923.

Bassin: D P S P, 10; D bis-épineux, 22; D bi-crête, 24,5.

Présentation: sommet mobile en position gauche.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. Les contractions apparaissent au bout de 24 heures.

Durée de l'accouchement: 16 heures. Terminaison opératoire: forceps. Suites de couches physiologiques.

Enfant normal, de 2.900 gr. Allaitement maternel. 3.000 gr. à sa sortie.

Enfant de développement normal. En bonne santé le 6 juin 1924.

Observation XCIX

N° 119. — X..., IIIgeste. Première grossesse: avortement. Deuxième grossesse: accouchement à terme: laborieux, basiotripsie.

Grossesse actuelle; dernières règles le 7 mai 1923, avec doute. On mesure alors le diamètre pariétal avec le compas de Perret et celui-ci étant évalué à 9 cent., on décide de provoquer l'accouchement. Contraction longues, inefficaces. L'état général étant mauvais, on termine au bout de 16 heures par une version. Suites de couches physiologiques.

Enfant, normal, de 2.650 gr. Allaitement maternel. 3.200 gr. à sa sortie.

Enfant progressant normalement. En très bonne santé en juin 1924.

Observation C

N° 153. — Primigeste, ayant eu ses dernières règles le 30 mai 1923. Accouchement prématuré provoqué pour toxémie gravidique grave, à forme hépato-rénale, à 8 mois 3/4. Le sommet est engagé. On décolle simplement le pôle inférieur; 2 heures après, les contractions apparaissent. Durée de l'accouchement: 16 heures. Terminaison: forceps. Suites de couches très bonnes. Seul, le pouls reste élevé pendant quelques temps.

Enfant criant assez facilement, de 2.970 gr. Allaitement maternel. 3.500 gr. à sa sortie.

Actuellement, mère et enfant en très bonne santé.

DEUXIÈME PARTIE

L'INTERVENTION DANS L'ACCOUCHEMENT PREMATURE PROVOQUE

La Technique opératoire a Montpellier

Au début de notre travail, nous avons déjà signalé que dans l'histoire de l'accouchement prématuré provoqué, au cours de la deuxième période, les efforts des partisans de la méthode avaient tendu à simplifier et à performer les moyens de provocation. L'idéal était de mettre en branle la contractilité utérine pour obtenir l'effacement du col d'abord, la dilatation de l'orifice utétin ensuite, puis, enfin, l'expulsion spontanée du fœtus, sans autre intervention. Deux méthodes se partagent, inégalement, d'ailleurs, les faveurs de cette pratique.

Dans la première, on agit directement sur l'utérus, par excitation de la paroi interne de cet organe, ou en décollant le pôle inférieur de l'œuf.

La seconde, au contraire, la moins connue, s'adresse au système nerveux utérin, que l'on peut mettre en action par la médication dite ocytocique.

Tout récemment, en 1919, Astier a rapporté, dans sa thèse, quarante-cinq observations d'accouchement pré-

maturé provoqué, avec des résultats heureux pour la mère et pour l'enfant; quatorze d'entr'eux avaient été obtenus après injections de pilocarpine, suivie d'injection d'ergot de seigle ou de pitruitine à doses filées. Pour les trente-et-un autres cas, les médicaments avaient été associés à l'introduction d'une bougie de Krause. Nous laisserons de côté, systématiquement, ces procédés, pour ne causer que de quelques-uns destinés à agir directement sur l'utérus, et parmi ceux-ci, de la méthode de KRAUSE, qui est le plus souvent mis en pratique à Montpellier.

*
* *

Le but que l'on se propose est de se rapprocher le plus possible de l'accouchement normal physiologique. Pour ce faire, il faut que l'utérus se contracte lentement, que le segment inférieur ait le temps de se former progressivement, et l'on a, ainsi, plus de chance d'obtenir un accouchement spontané, condition primordiale pour assurer une longue survie au prématuré, auquel on doit éviter, tout autant que faire se peut, les traumatismes d'un forceps ou d'une version. Et c'est pour ces raisons que nous ne ferons que mentionner l'emploi de ballons excitateurs de TARNIER, des ballons dilatateurs de CHAMPETIER DE RIBES, très utile peut-être dans l'accouchement provoqué, méthodiquement accéléré, mais qui nécessitent le plus souvent pour l'accouchement une terminaison opératoire. Nous réserverons, par contre, une description toute particulière à la méthode de KRAUSE qui entre, pour une large part, dans la technique employée à la clinique obstétricale de Montpellier, par M. le Professeur VALLOIS.

Tout d'abord, quelques jours avant l'intervention,

on assure la vacuité du tube digestif et on procède ensuite à la désinfection du vagin et de la vulve: nettoyages, savonnages, injections vaginales antiseptiques. La veille de l'opération la malade garde le repos et prend, toutes les deux heures, des irrigations vaginales chaudes antiseptiques. Le lendemain matin on vide le rectum, la vessie, et, une dernière toilette vulvo-vaginale prépare le champ opératoire. L'asepsie de la bougie est assurée par son séjour dans une solution de sublimé.

Toutes règles d'asepsie rigoureusement observées, M. VALLOIS procède à l'opération. La femme étant mise en position obstétricale, il décolle d'abord le pôle inférieur de l'œuf sur une hauteur de 4 à 5 centimètres environ. Parfois, cela suffit à déclancher le travail; mais le plus souvent, il fait suivre ce premier temps de l'introduction d'une bougie, guidée ordinairement sur le doigt, jusqu'à l'orifice interne du col. La progression de la bougie entre la paroi utérine et les membranes doit se faire sans efforts, l'opérateur ne devant jamais insister s'il perçoit une résistance, celle-ci pouvant être due à la présence du placenta sur le trajet de la bougie, mieux vaut, dans ce cas, retirer l'instrument et l'introduire dans une autre direction. Ces règles observées permettent d'éviter ce que l'on peut désigner sous le nom d'accidents ou de difficultés survenant au cours de l'introduction de la bougie et que nous envisagerons plus loin. La bougie en place, on peut assurer son maintien en tamponnant le vagin, mais il suffit simplement de surveiller que le déplacement de la parturiente de la table d'intervention à son lit ne modifie la position de la bougie. On donne alors de simples injections vaginales chaudes et on protège par une occlusion vulvaire.

Si au bout de vingt-quatre heures le travail n'était pas

déclanché franchement, on procède à l'introduction d'une deuxième bougie. Lorsque le travail progresse régulièrement, il est nécessaire d'ôter les agents provocateurs, susceptibles de gêner le passage de la tête au détroit supérieur et de modifier les divers temps d'engagement de la présentation.

La mise en place de la bougie, avons-nous dit, présente parfois des difficultés et des accidents. Quels sont-ils?..

Les difficultés tiennent d'abord au col qui peut être long et fermé, à sa rigidité, à la plicature de la bougie; il suffit de dilater un peu, de réintroduire la bougie, et on arrive presque toujours à un résultat. Les accidents sont surtout représentés par la rupture des membranes et les hémorragies.

La rupture des membranes, consécutive à l'introduction, est signalée dans sept observations, soit 7 o/o des cas. Mais, à cause du décollement primitif de l'œuf, le siège en est le plus souvent élevé et l'infection moins facile. Il est vrai que pour certains auteurs la contraction n'apparaitrait que tout autant qu'il y a une légère infection. Cependant, comme l'accouchement se fait avant terme et que les hormones nécessaires à la bonne contraction utérine ne sont pas encore déversées dans le torrent circulatoire, le travail est lent et on a tout intérêt à conserver l'intégrité de l'œuf.

L'écoulement sanguin est signalé chez quelques malades, mais le plus souvent dû à un décollement placentaire, il peut être évité, à condition de changer la direction de la bougie toutes les fois que l'on éprouve une résistance anormale. Et, ainsi, en se conformant à toutes les données, on peut obtenir les résultats heureux que nous allons publier dans le troisième chapitre de notre travail.

CHAPITRE III

RESULTATS GENERAUX

L'étude d'ensemble des observations que nous venons de réunir se rapportant à la provocation de l'accouchement dans les cas de dystocie pelvienne, de toxémie gravidique et de bacillose, nous permet de grouper les résultats obtenus en deux chapitres, suivant qu'ils se rapportent à la mère ou à l'enfant.

I. — Résultats pour la mère

Nous diviserons ces résultats en nous conformant aux dispositions adoptées, pour chacune de nos observations, c'est-à-dire que, d'une part, nous envisageons la marche, la durée de l'accouchement et sa terminaison; d'autre part, nous étudierons le pourcentage de morbidité et de mortalité chez les parturiantes.

On a, avec juste raison, d'ailleurs, reproché à l'accouchement prématuré provoqué, toutes les fois que la méthode de Krause était en jeu, son extrême lenteur; mais cette lenteur, dont il ne faut être nullement surpris, puisque l'accouchement a lieu avant terme, est une nécessité,

l'expulsion ne pouvant, le plus souvent, se faire dans de bonnes conditions, que tout autant que l'utérus y a été préparé par un travail lent et prolongé. Cependant, M. le Professeur VALLOIS fait précéder l'introduction de la bougie du décollement du pôle inférieur de l'œuf et, d'après nos résultats, en les comparant à ceux publiés tout récemment par RHENTER, de Lyon, où on emploie simplement la méthode de KRAUSE, nous avons des accouchements d'une durée un peu plus courte. Il est probable que cette petite intervention préliminaire est un facteur d'accélération de l'expulsion.

La provocation de notre accouchement a été le plus souvent réalisée, avec une seule bougie; dans dix cas, seulement, deux ont été nécessaires, mais jamais un nombre supérieur. Il est intéressant aussi de signaler que dans les observations XXVII, LXXVII, LI, C, le seul décollement du pôle inférieur de l'œuf a suffi à déclancher le travail avec des résultats heureux pour la mère et pour l'enfant.

Comme l'on a coutume de le faire, nous avons étudié séparément les résultats chez les primipares et chez les multipares; nous avons désigné sous le nom de durée totale de l'accouchement le temps écoulé entre la mise en action de l'agent provocateur et la naissance de l'enfant. Ce laps de temps a été lui-même subdivisé en deux:

1° Intervalle de temps écoulé avant l'apparition des premières contractions, que l'on peut désigner sous le nom de *mise en train de travail;*

2° Intervalle de temps écoulé depuis l'instant ou apparaissent les premières douleurs jusqu'à l'expulsion; c'est *la durée du travail* proprement dit.

1° *Primipares.* — Pour les 35 primipares:

La durée de mise en train du travail a été inférieure à 24 heures pour 27 accouchements;

La durée de mise en train du travail varia de 24 à 48 heures pour 7 accouchements

La durée de mise en train du travail fut supérieure à 48 heures pour 1 accouchement.

La durée moyenne fut de 22 heures (38 heures, chiffre trouvé par RHENTER), avec des durées extrêmes de 1 à 67 heures.

La durée moyenne du travail fut de 30 heures (31 h. RHENTER), avec des durées extrêmes de 9 heures et 100 heures.

Si, maintenant, nous envisageons la durée totale de l'accouchement, nous avons:

Durée totale inférieure à 24 heures: dans 3 cas;

Durée totale variant de 24 à 48 heures: dans 16 cas;

Durée totale supérieure à 48 heures: dans 8 cas.

La moyenne de la durée totale de l'accouchement fut de 52 heures (72, RHENTER), avec des extrêmes de 6 heures et de 150 heures.

2° *Multipares.* — Pour les 65 multipares:

La durée de mise en train du travail a été inférieure à 24 heures pour 49 accouchements.

La durée de mise en train du travail varia de 24 à 48 heures pour 10 accouchements.

La durée de mise en train du travail fut supérieure à 48 heures pour 6 accouchements.

La durée moyenne de la mise en train du travail fut de 23 heures (30 heures RHENTER), avec les durées extrêmes de 1 heure et 6 jours.

La durée moyenne du travail fut de 26 heures (25 h.

RHENTER), avec les chiffres extrêmes de 5 et 72 heures.

Quant à la durée totale de l'accouchement:

Elle fut inférieure à 24 heures dans 27 cas;

Elle varia de 24 heures à 48 heures dans 28 cas;

Elle fut supérieure à 48 heures dans 8 cas.

La moyenne de la durée totale de l'accouchement fut de 49 h. 30 avec les chiffres extrêmes de 7 heures et de 154 heures.

Comme il était logique de le prévoir, la durée moyenne du travail fut un peu inférieure chez les multipares: 26 contre 30; mais, après les constatations de RHENTER, à notre tour, nous sommes surpris du peu de différence qui existe entre les chiffres 52 heures et 49 heures 30 qui représente la durée moyenne de l'accouchement pour les deux catégories primipares et multipares.

TERMINAISON — INTERVENTION

Les 100 accouchements se répartissent de la façon suivante:

Accouchements spontanés, 61, dont 25 primipares et 36 multipares.

Forceps: 15, dont 8 primipares et 7 multipares.

Versions: 20, dont 3 principares et 17 multipares.

Sièges: 4.

Dans les cas dystociques, toutes les interventions, sauf deux, furent pratiquées sur des bassins mesurant de 10 à 10,5 de diamètre promonto-sous-pubien. Les deux exceptions étant constituées par des versions sur des bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien était respectivement de 9,7 (obs. LIII), et 9,8 (obs. LIV).

II. — Résultats envisagés au point de vue de suites de couches

Sur les 100 accouchements prématurés provoqués, pratiqués à la Clinique obstétricale de Montpellier, 96 pour bassins dystociques, 3 pour toxémie gravidique, 1 pour bacillose, nous n'avons eu à déplorer que 3 décès: la bacillaire qui était *in extremis*, 2 toxémiques arrivées à la Clinique dans les mêmes conditions. La mortalité est ainsi réduite à 3 o/o et les trois cas étaient dans une situation telle qu'aucune intervention ne pouvait prétendre à les sauver du trépas.

Dans les suites de couches, nous ne considérerons, comme pathologiques, que les cas où la mère a présenté des symptômes qui doivent relever d'une infection plus ou moins marquée de la muqueuse utérine, élévation de la température, accélération du pouls, écoulement de lochies fétides. Toutes ces manifestations ont été soigneusement examinées et représentent la morbidité maternelle.

Nous avons ainsi obtenu un résultat de 12 o/o; mais parmi ceux-ci, si on ne tient compte que des cas où il y a eu vraiment des formes caractérisées d'infection, la morbidité se ramène alors à 2 o/o.

Comme il était facile de le prévoir, le pourcentage est beaucoup moins élevé chez les femmes dont l'accouchement provoqué s'est terminé spontanément. Sur 58 accouchements, avec 5 cas, il a été de 8,80 o/o; pour 39 accouchements terminés par une intervention, il a été de 18 o/o avec 7 cas.

RESULTATS POUR L'ENFANT

a) *Dans l'ensemble*

Nos observations nous donnent 100 naissances où nous notons 13 décès. La mortalité globale infantile s'élève donc, pour l'accouchement prématuré provoqué à 13 o/o; mais, dans ces 13 cas, il faut faire une différence: cinq seulement sont morts-né et huit avant de quitter le service. Parmi ces derniers, l'un d'eux était mort (obs. IV) de phlébite de la veine ombilicale, avec abcès multiples du foie, huit jours après sa naissance; l'autre (obs. LXXV), accidentellement, dans sa couveuse. Leurs décès ne relèvent nullement de la méthode d'accouchement employée. La mortalité peut être expurgée de ces deux cas, et alors elle est aussi réduite à 11 o/o, que l'on peut ainsi répartir:

Enfants morts à la naissance............ 5 o/o
Enfants morts avant de quitter le service.. 6 o/o

Le mode d'allaitement a été à peu près uniforme. Sur les 87 enfants partis de la clinique, nous avons eu 78 allaitements maternels, 3 allaitements mixtes et 6 allaitements artificiels. Nous pensons que d'après les résultats obtenus, en comparant le poids des enfants à la sortie de la clinique à celui de la naissance, il est avéré que l'allaitement au sein de la mère joue, dans ces cas, plus que jamais, un rôle capital dans la survie de l'enfant: 86 enfants pesaient, à leur sortie, un poids supé-

rieur à la naissance; 14 enfants pesaient, à leur sortie, un poids inférieur ou égal à leur poids de naissance.

En général, les enfants quittaient la maternité en même temps que la mère, c'est-à-dire 12 à 15 jours après l'accouchement, quand l'utérus avait terminé son involution.

b) *D'après la terminaison de l'accouchement*

Dans les cas de bassins rétrécis, et surtout dans les bassins plats, rachitiques, d'ailleurs les plus fréquents, l'accouchement spontané présente certaines difficultés, et on doit faire appel à la terminaison opératoire; le plus souvent, la version, accompagnée de la manœuvre de CHAMPETIER DE RIBES est indiquée.

Sur nos 96 accouchements prématurés provoqués, pour bassins dystociques, nous avons eu 57 terminaisons spontanées et 39 opératoires.

La mortalité dans l'accouchement spontané fut de 10,4 o/o, avec 6 décès.

La mortalité dans la terminaison opératoire fut de 18 o/o, avec 7 décès.

Ces derniers se répartissent ainsi, suivant la nature de l'intervention:

Forceps: 15 cas, avec 3 morts............	20 o/o
Versions: 20 cas, avec 4 morts..........	20 o/o
Extractions de sièges: 4 cas; o mort......	o o/o

Comme on peut en juger, la version et la manœuvre de CHAMPETIER DE RIBES, entre des mains expérimentées, ne donnant pas une mortalité infantile très élevée.

Dans les quatre cas pathologiques, toxémie et bacillose, bien que nous ayons eu, dans trois de ces derniers,

la mort de la mère, les quatre enfants sont sortis vivants de la Clinique

c) *D'après le poids des enfants*

Tous nos résultats heureux relèvent d'un facteur important le poids de l'enfant à la naissance et l'enfant né vers 2.500 gr. ne donne pas beaucoup plus de mortalité que l'enfant né spontanément dans un accouchement à terme.

Ils se répartissent ainsi:

4 cas au-dessous de 2.000 gr.: 2 morts: 50 o/o;
22 cas, de 2.000 à 2.500 gr.: 3 morts: 11,11 o/o;
74 cas, de 2.500 à 3.000 gr. et plus: 7 morts: 9,9 o/o.

RESULTATS ELOIGNES

Les résultats immédiats sont satisfaisants. Le pourcentage de mortalité infantile dans l'accouchement prématuré provoqué n'est pas beaucoup plus élevé que dans les cas d'intervention obstétricale, forceps ou version (8,27 DEMELIN et MAYGRIER, atteint 30 o/o dans les cas de bassins rétrécis) ; mais un enfant né, avant d'avoir parcouru le rouleau complet de sa vie intra-utérine, avec des organes trop fragiles pour s'adapter au milieu extérieur, peut-il, dans la suite, retrouver les mêmes qualités physiques et intellectuelles que son frère né à terme?

Pendant très longtemps on n'a pas toujours penser ainsi. PINARD, en 1893, considérait les prématurés comme des tarés, candidats aux diplégies cérébrales. WALLICH, plus récemment, en 1904 (1), écrivait l'équation prématurés = débiles = tares. Des précisions et des recherches s'imposaient: GALLIMARD, en 1905, thèse de Paris, combat ces conceptions. GUIBERT (2), en 1910, dans sa thèse inaugurale, en rapportant 44 observations de prématurés, montre que ces derniers s'élèvent aussi facilement que les enfants nés à terme, et avec une mortalité de 9,09 o/o; il accuse des résultats, très voisins de ceux publiés, dans les cas d'accouchements normaux.

(1) *Annales de Gynécologie et Obstétrique.*

(2) Thèse de Lyon. De la valeur sociale de l'enfant né par l'accouchement prématuré provoqué.

Progressivement, toutes ces premières idées sur l'avenir du prématuré s'évanouissent. PLAUCHU, en 1913, dans les *Annales d'obstétrique*, s'exprime en ces termes: « Les prématurés nés de bassins rétrécis suivent, dès la deuxième semaine après leur naissance, le même sort vital que les enfants à terme, à condition de ne pas avoir subi de lésions graves par traumatisme obstétrical.

Récemment, dans un article publiée sur les Encéphalopathies infantiles d'origine obstétricale, BABONNEIX (*Monde Médical, novembre* 1923), envisage l'étiologie comme suit:

1° Toutes les causes d'anomalies de l'accouchement à terme le rendant long et pénible.

2° Dans le cas d'accouchement avant terme, les lésions que peuvent présenter les prématurés sont, le plus souvent, dues à une autre cause que le traumatisme obstétrical, c'est un facteur d'ordre général, l'infection. Ceci en conformité avec les conclusions des expériences de CHARRIN et LÉRI, qui démontrent que toute infection gravidique peut déterminer chez le fœtus des lésions du système nerveux central.

Dans les conclusions, il ne fait d'ailleurs nullement mention de l'accouchement prématuré provoqué:

1° Eviter les toxi-infections fœtales et surtout la syphilis;

2° Favoriser le plus possible la présentation du sommet;

3° Eviter les hémorragies cérébrales par « une terminaison opportune de l'accouchement, en tenant le juste milieu entre une temporisation indéfinie et une précipitation funeste dans l'emploi des moyens artificiels ».

Le fait de constater des encéphalopathies chez ces prématurés est-il la conséquence directe de la naissance

avant terme, ou bien de l'infection héréditaire, ces enfants étant le plus souvent issus de parents tarés?

Nous aurions voulu, à propos des résultats éloignés des accouchements provoqués, réunir les renseignements les plus nombreux et les plus précis, mais nous nous sommes heurtés, dans nos recherches, aux difficultés suivantes:

1° Un certain nombre de nos accouchées sont des filles-mères, abandonnant leurs enfants à l'Assistance publique; d'autres, réfugiées dans nos régions, pendant la période 1914-1918, ou de nationalité étrangère, n'ont pu être retrouvées;

Pour les observations qu'il eut été logique de pouvoir poursuivre, nous n'avons pas eu non plus les résultats complets. La population urbaine qui fréquente les services hospitaliers est peu sédentaire et les soucis matériels de la vie l'entraînent dans un changement perpétuel de résidence.

La population rurale, beaucoup plus attachée au sol où elle est née, nous a donné les résultats maximum. C'est en nous adressant au médecin de la localité, au maire de la commune, en allant nous-même examiner les prématurés que nous avons pu recueillir les renseignements que voici:

Sur les 87 enfants sortis vivants de la Clinique obstétricale, 43 ont pu être rejoints, et, si infime que soit ce chiffre, nous pensons qu'il sera d'une grande utilité. Il ne représente pas, en effet, une sélection, c'est le hasard seul qui nous a guidé et, de ce fait, le pourcentage établi sera susceptible de donner des indications sérieuses sur l'avenir du prématuré.

De ces 43 enfants, 3 sont morts: 1 d'athrepsie, assez rapidement, d'ailleurs, après sa sortie de la Clinique; un

de broncho-pneumonie, après une rougeole, et un de la grippe. La mortalité serait donc, dans les années qui suivent l'accouchement prématuré provoqué, de 7,5 0/0. Quant au déficit intellectuel, nous ne l'avons constaté qu'une seule fois (obs. XLVI) et encore est-il très peu marqué.

CONSIDERATIONS RAPIDES SUR LES ACCOUCHEMENTS PREMATURES PROVOQUES CHEZ LES MULTIPARES A BASSINS DYSTOCIQUES

Sur les 96 observations que nous avons réunies pour dystocie-pelvienne, 65 ont trait à des accouchements provoqués chez des multipares. A ce sujet, l'histoire de leurs accouchements antérieurs a paru devoir mériter de retenir notre attention. La comparaison entre les résultats obtenus chez les mêmes femmes, d'une part, par l'accouchement spontané à terme, d'autre part par l'accouchement prématuré provoqué, permet de juger de la grosse supériorité de la méthode qui fait l'objet de notre travail.

Ces 65 multipares ont eu 94 accouchements, pour lesquels la dystocie pelvienne n'a pas été traitée par l'accouchement provoqué. Ces 94 accouchements ont donné les résultats suivants:

Enfants morts à la naissance ou dans les dix premiers jours qui ont suivi:

65 : donc **69** pour cent

Par contre, ces 65 multipares ont eu 72 accouchements traités par la méthode de KRAUSE, qui ont abouti à ces résultats:

Enfants morts à la naissance ou dans les dix jours qui ont suivi:

10 : donc **10,2** pour cent

CONSIDERATIONS SUR LES ACCOUCHEMENTS PROVOQUES ITERATIFS

Dans notre statistique des 65 multipares, 10 ont subi des accouchements provoqués itératifs; la grande majorité ont terminé leur grossesse à la Clinique obstétricale de Montpellier. Trois, seulement, d'entr'elles, ont eu un accouchement prématuré provoqué, par la bougie de KRAUSE, dans des cliniques d'autres Facultés: Nancy, Bordeaux.

Chez ces dix multipares, on a provoqué 26 accouchements qui se répartissent aïnsi:

Deux ont subi quatre accouchements prématurés provoqués;

Deux en ont subi trois;

Six en ont subi deux.

Nous avons pu ainsi retrouver, suivant l'expression de RHENTER, de véritables familles de prématurés, et nous résumons ici l'histoire obstétricale de quatre femmes ayant eu plus de trois enfants nés par accouchements provoqués:

1° J. G..., (obs. IX, XXXVI, LXII, XCVI), bassin de D P S P: 10,5:

Quatre accouchements prématurés. Enfants d'un poids de 3.000 gr. environ. En mai 1924: trois en très bonne santé; un mort de rougeole, à 11 mois 1/2.

2° M. H... (obs. XVII, XXII, XXXII, LXVIII), bassin de D P S P: 9,8:

Cinq grossesses. Un accouchement à terme basiotripsie. Quatre accouchements prématurés provoqués. En 1924: deux enfants morts, deux vivants, pesant 2.500 gr. environ à la naissance.

3° A. B... obs. XLVI, LIXI, LXXVII), bassin de 10,5 de D P S P:

Neuf grossesses. Six à terme, deux enfants vivants. Trois accouchements prématurés provoqués. En mai 1924, les trois enfants sont en bonne santé.

4° E. D.., (obs. XX) :

Cinq grossesses. Deux accouchements prématurés à Bordeaux, le troisième à Montpellier. En 1924, les trois enfants sont en bonne santé.

Chez ces femmes, mal adaptées à la reproduction, ces grossesses répétées donnent cependant, par l'intermédiaire de la bougie de KRAUSE, des résultats encourageants. Le nombre de gestations imposant est dû à la simplicité de la méthode; ces femmes, nullement troublées par la vision pénible d'une opération sérieuse, envisagent une maternité nouvelle sans la moindre appréhension. C'est là un gros avantage social de l'accouchement prématuré provoqué, et il ne sera pas le seul, car vouloir faire de l'opération césarienne la thérapeutique exclusive de la dystocie pelvienne, c'est vouer la femme, dans le cas de grossesses futures, à des surprises désagréables.

Après l'hystérotomie, la paroi utérine n'est pas sans justifier certaines inquiétudes: l'amincissement parfois extrême de la cicatrice expose la malade: ou bien à la stérilisation chirurgicale au cours d'une césarienne itérative, nécessitée par l'état de l'utérus, ou bien à des ruptures utérines, au cours d'une nouvelle gestation, et nombreux sont les cas s'y rapportant, publiés chaque année.

INDICATIONS

Les résultats d'une méthode sont évidemment fonction des raisons pour lesquelles ont la met en pratique et pour l'accouchement prématuré provoqué, en préciser les indications est le point délicat de la question. On ne peut véritablement ériger des règles précises, immuables, car les éléments qui leur serviraient de base sont trop multiples et trop instables. Aussi est-ce le sens clinique, l'expérience du praticien qui permettent d'amalgamer ces éléments et d'en élaborer les indications, variables d'ailleurs avec chaque cas.

Les différents éléments qui entrent en jeu sont, d'une part, ceux qui tiennent à la mère:

Le bassin pour les cas dystociques;

L'état général pour les cas pathologiques.

D'autre part ceux qui tiennent à l'enfant:

Son volume, ses dimensions;

Son adaptation à toute la vie intra-utérine, et notamment le cas d'un état spécial que nous n'avons pu signaler dans nos documents cliniques, n'ayant aucune observation s'y rapportant, mais que nous ne pouvons passer sous silence la mort habituelle du fœtus.

Le bassin, le volume de l'enfant seront réunis dans un sous chapitre: Indication dans les cas dystociques.

L'état général de la mère, la mort habituelle du fœtus, dans un second sous-chapitre: Les indications dans les cas pathologiques.

1° *Indications dans les cas dystociques*

On les a beaucoup discuté, et c'est tout d'abord par la dimension du diamètre promonto-pubien minimum qui guidait la conduite à tenir. TARNIER la concevait comme suit:

Pour un bassin de 9 centimètres, accouchement provoqué à 9 mois.

Pour un bassin de 8 cent. 1/2, accouchement provoqué à 8 mois 1/2.

En somme, les dimensions du D P P M (1), exprimées en centimètres, donnaient en mois la date à laquelle on devait provoquer l'accouchement. Ces mesures générales étaient applicables à tous les bassins dystociques, mais dans certains cas, de grosses difficultés survenaient pour le passage de la tête, FOCHIER apporta alors quelques modifications relatives à la forme du bassin et il énonça ces règles générales:

Bassins aplatis: Le D P P M est converti en mois et augmenté de 8 jours. Exemple: un bassin dont le D P P M est de 8 centimètres, sera accouché à 8 mois 1/4.

Bassins généralement rétrécis: Le D P P M est converti en mois et diminué de 8 jours. Exemple: un bassin dont le D P P M est de 9 centimètres, sera accouché à 8 mois 3/4.

Dans les cas associés de bassins applatis et généralement rétrécis, la dimension du D P P M donnait exactement l'époque de l'accouchement.

L'opération césarienne n'étant de mise que pour des bassins ayant un diamètre promonto-pubien-minimum inférieur à huit.

(1) D P P M: diamètre promonto-fibro minimum.

A notre avis, s'il faut ériger des lois, qui devront seulement servir de directives mais que l'on devra modifier suivant les renseignements recueillis par les autres examens, voici ce que nous admettons comme indications thérapeutiques des bassins dystociques:

1° Les bassins pour lesquels l'accouchement prématuré provoqué doit être généralement préféré, *bassins au-dessus de* 8 *cent.* 1/2 de diamètre promonto-pubien minimum;

2° Les bassins pour lesquels l'opération césarienne est l'opération de choix, la seule qui sauvegarde les droits de l'enfant, *bassins au-dessous de* 8 *centimètres;*

3° Bassins limites, pour lesquels l'accoucheur peut et doit hésiter sur le choix de l'intervention, la conduite à tenir étant subordonnée à un certain nombre d'éléments qui doivent intervenir et que nous allons étudier, *bassins entre* 8 *et* 8 *cent.* 1/2.

Quels sont ces éléments?

Tout d'abord, pourquoi ne considérer dans un bassin que le diamètre promonto-pubien minimum? On ne peut nier qu'il joue un rôle important, mais le degré de courbure de l'arc antérieur, la flèche de la concavité sacrée, la présence de faux promontoires sont autant d'éléments qui ne doivent pas être négligés. Il faut donc tout envisager dans l'examen d'un bassin.

L'accouchement peut être considéré comme un problème où existent deux données:

1° La filière, l'anneau ostéo-fibreux musculaire, dont nous avons étudié les difficultés possibles;

2° Le fœtus qui doit passer dans cet anneau.

Pour ce deuxième élément du problème, nous ne pouvons avoir d'indications précises, le volume du fœtus étant soumis à des variations quotidiennes. Aussi a-t-on essayé de préciser, à n'importe quel moment de la gros-

sesse, les relations qui unissent les deux points importants dans chacune des données: le bassin maternel et la tête fœtale.

MULLER, le premier, par une méthode à laquelle PINARD a donné plus tard le nom de palper mensurateur, a essayé de préciser ce rapport. On se rend compte, par le toucher, de la possibilité d'engagement de la tête que des pressions extérieures essayent de faire pénétrer à travers le détroit supérieur. Mais de ce qu'elle ne passe pas, il ne faut pas en conclure à l'impossibilité de l'accouchement; dans les cas limites la progression étant très possible car:

1° Les divers temps du mécanisme compliqué de l'engagement normal sont difficiles à reproduire par des pressions manuelles à travers la paroi abdominale;

2° Il faut tenir compte de la réductibilité de la tête.

Outre la méthode de MULLER-PINARD, il faut mentionner la mensuration du diamètre bi-pariétal à travers la paroi abdominale, par le céphalomètre de PERRET. Nous y avons eu recours, avec de bons résultats, dans deux cas.

A côté de ces éléments tirés du bassin et des dimensions du fœtus, il est un point important qui doit retenir notre attention: c'est le poids de l'enfant. D'après nos résultats, ce n'est qu'à partir de 2.250 gr. que la viabilité du prématuré n'est plus trop compromise; ceci correspondant au poids moyen d'un fœtus de 8 mois environ, il faudra donc pouvoir évaluer l'âge de la grossesse.

Quels sont les moyens dont nous disposons habituellement pour l'apprécier?

1° La date des dernières règles;

2° La hauteur utérine.

On ajoute, ordinairement, 5 à 10 jours au dernier

jour des dernières règles et, remontant à trois mois en arrière, on a approximativement l'époque du terme de la grossesse. C'est la méthode employée dans nos observations, qui, chez des femmes s'observant bien, a presque toujours donné de bons résultats. Dans les cas douteux, on compare avec la hauteur utérine., Celle-ci, est aussi cause de nombreuses erreurs, l'hydramnios pouvant modifier sa hauteur réelle.

Comme on peut en juger, aucune indication dans les cas dystociques, ne peut être formelle, c'est, avant tout, le sens clinique, l'expérience, qui doit guider l'accoucheur, ce dernier devant tenir compte, chez les multipares, des résultats des accouchements antérieurs, tout en se rappelant que le poids et les dimensions du fœtus peuvent varier d'un accouchement à un autre.

2° *Indications dans les cas pathologiques*

Nous n'avons pu rapporter que quatre observations: trois de toxémie gravidique, une de bacillose grave au cours de la grossesse. Trois fois, la mère était *in extremis*, seul, dans le quatrième cas (obs. C), les conditions étaient favorables. Malgré ce, les quatre enfants sont sortis vivants de la clinique.

Il est évident que l'état général de la mère ne pouvait autoriser la moindre intervention nécessitant une anesthésie sans faire courir à elle et à l'enfant les risques d'une mort probable. Et si, à la rigueur, la mère avait supporté l'opération, le shock post-opératoire est un facteur d'aggravation tel qu'il n'aurait laissé aucun espoir. Dans les cas, au contraire, où la mère peut survivre à l'accouchement prématuré provoqué, elle sort de

la clinique avec un utérus dont l'intégrité anatomique a été respectée et qui est « apte à de nouvelles campagnes ».

L'accouchement prématuré provoqué, par sa bégnité relative, par le peu de lésions anatomiques qu'il crée, est l'intervention indiquée dans les cas d'altérations graves de l'état général de la mère, à condition, toutefois, d'intervenir par forceps ou version, suivant les indications, dès que la dilatation est complète.

A côté de ces cas d'atteinte grave de l'état général de la mère, il semble que certaines femmes soient incapables de conduire une grossesse à terme, sans que l'enfant succombe à une période de la vie intra-utérine comprise entre 8 et 9 mois. C'est la mort habituelle du fœtus. On en a donné une explication pour les cas où on retrouvait chez les parents la syphilis ou une intoxication latente: bacillose, impaludisme, saturnisme; mais, dans les autres cas, le terme seul suffit à cacher notre ignorance.

HOHL signale encore des faits, dont un exemple personnel, où, alternativement, la mère accouchait d'un enfant vivant et d'un enfant mort. Comme la mort se produit généralement à la même époque, il est facile de la prévenir, l'âge de la grossesse étant connu, en provoquant l'accouchement en temps utile.

CONCLUSIONS

Si nous résumons nos recherches, voici le bilan que nous versons aux débats sur la valeur de l'accouchement prématuré provoqué, appliqué conformément aux indications précédentes :

Mortalité maternelle (statistique globale) . . 3 0 0
Morbidité maternelle 12 0/0
Mortalité infantile immédiate 13 0 0
Mortalité infantile à distance 7,5 0/0

Chez les mères multipares, à bassins dystociques :

Enfants morts à la naissance et dans les dix jours qui suivent :

A TERME : **69 0/0**

AVANT TERME : accouchement prématuré, **13,2 0/0**

La comparaison de ces deux derniers chiffres est suffisamment éloquente pour que l'on puisse se faire une idée de la valeur de l'accouchement prématuré provoqué dans la thérapeutique des bassins viciés.

Ces résultats sont ceux de la clientèle hospitalière et nous nous demandons si dans la clientèle privée les résultats ne seraient pas meilleurs, en raison du milieu social, de l'aisance, éléments nécessaires au bon développement du prématuré.

Ainsi, donc, on peut conclure en disant que l'accouchement provoqué, quand sont remplies les conditions qui le justifient, est une thérapeutique rationnelle, tant dans l'intérêt des enfants que dans celui des mères et de leur avenir obstétrical ultérieur. Pour ces raisons, il ne doit pas être supprimé d'une façon absolue de la thérapeutique obstétricale.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS IX

INTRODUCTION 13

CHAPITRE I. — HISTORIQUE 17

CHAPITRE II. — PREMIÈRE PARTIE. — Documents cliniques. — Observations 23

DEUXIÈME PARTIE. — L'intervention dans l'accouchement prématuré provoqué 63

CHAPITRE III. — RÉSULTATS GÉNÉRAUX:

Pour la Mère 67

Pour l'Enfant: Immédiats, éloignés 72

CONSIDÉRATIONS RAPIDES SUR LES ACCOUCHEMENTS PRÉMATURÉS PROVOQUÉS CHEZ LES MULTIPARES A BASSINS DYSTOCIQUES 79

CONSIDÉRATIONS SUR LES ACCOUCHEMENTS PROVOQUÉS . . 80

INDICATIONS 82

CONCLUSIONS 88

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre : *L'accouchement prématuré provoqué à la Clinique obstétricale de Montpellier de 1906 à 1924, ses résultats, ses indications.*

par M. Georges VILLA.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 22 Juillet 1924

Le Professeur,

VALLOIS.

Vu

Montpellier, le 23 Juillet 1924.

Le Doyen,

EUZIÈRE.

Vu et permis d'imprimer.

Montpellier, le 23 Juillet 1924.

Le Recteur.

Jules COULET.